## <注意>

この請求は、医師の同意を受け、「はり・きゅう」費用を10割自己負担で支払いした場合の請求です。

伺年月日	令和	/ <del></del>	П	次按照但日	平人 小田	年	月	日
決済年月日	令和		健保使用欄です	<sup>て</sup> 。記入しないでくださし	, <b>)</b> _	年	月	日
支払年月日	令和		12 PT 12 PT 13 PT 1	0 100 10 010 11 17 12 1		年	月	日

ルネサス健康保険組合御中(送付先は、下記参照)

## 渡保険者 療養費申請書(令和4年5月施術分) (はり・きゅう用) 健康保険

MEMOC PINISA	<b>が大変</b>	<b>到</b>	11 1 E 11 H	10 -		11 /21 / _	(16) (9)/11	<u> </u>	
提出日 令和		月口日	提出日と委	任日は同	司日にしてくださ		記入例		
基本情報		※枝番(-00)記	人は小妛です。	,					
被保険者	証の記号・番		被保険者	フリカ・ナ	レイワ タロウ		F		
記号 1 0 0	番 2	3 4 5 6 7	7 氏名		令和 太郎	J.	50 年 1 月 1	日	
社 名	事	保険証を確認のよ	上、正確に記り	してくた	きい。	連絡先日中	の連絡先 電話番号		
ルネサスエレクト	・ロニクス	12345678			314-1234		03-1234-5678		
申請内容									
対象者が被扶養者 の場合はその氏名		·イワ ハナコ 令和 花子	続柄	妻	生年 昭和   月日 中成   令和		51 年 1 月 1 日		
傷病名		神経痛			発病又は 負傷の年月日	平成	「不明」でも可。	日	
発病又は負傷の 原因及びその経過 はっきりと分からない場合は、「不明」でも可。 業務上・第三者 行為の有無 行為の有無						有◀□	〕 業務上 〕 第三者		
Will was a second as a second	委任	:状【給付金/4在籍事	業所から給与	支給とな			に○をつけてください。 いにチェックしてください。	_	
本請求に基く給付			216/2111 24 F V	<u> </u>	<u> </u>		殿に委任します。		
委任状欄は一般社 (在職者)のみ記入	ください。	○ 年 △ 月 □ 被保険者の氏	名		・ 二 記入しま	iは、事業所 すので記入	健保担当課で 不要です。		
退職者(予定者	含む)は下記・	へ記入願います。任意	継続被保険者・	特例退職	被保険		す。		
退職日: 令和 年	月日	**************************************	銀行	-	支店 普通・当座	口座番号			
		被保険者口座名義							
初療年月日	1	施術	<u>はり・きゅう節</u> 新 期 間	1記入懶	実日	数   請求	区分 転 帰		
令和 年 月	日 令和			F F		日新規	・継続 継続・治癒・中止・	転医	
						遺	症 7.その他(	)	
1. はり 2. き	ゆ					\	摘 要		
はり									
施   きゅう   はり・きゅう併用	_								
料電療料		描紙	il た「はり・i	をゅう師	11.7				

令和 年	月日	令和 年	月 日~ 令和	年	月	月	日 新規・	継続 継続・治	癒・中止・転医
傷							遺症		)
初 検 料	7						7	摘要	
1. はり	2. きゅ							1M X	
はり									
施きゅう									
	ゅう併用								
料電療料			施術した「I	+11.+4.	(4末 ユー				
	気針 2. 電気		心でした。	なる. 5かり	)				
往療料	4kmまで		記入を休	頼してくだ	<b>大八</b>				
往療料	4km超		ロレノノでは、	付していた	C 0 - 0				
施術報告書	交付料 (前								
	合								
施術日 月	通院○ 往療◎							25 26 27 2	28 29 30 31
Л	上記の通り加						/5	2. 出張専門施	術者住所地
	令和							2. 山灰寺门爬	M11.0 17/1/50
施術証明欄	免許登録番号		はり師	施術所名	称				
	免許登録番号			氏 名	<b>→</b> 1.1		電	話	
			FIII	同音記録					

同意医師の	住 所								
氏名·住所	氏 名					電 話			
同意年月日	令和	年 年	月	日	要加療期間	<u> </u>			
傷 病 名					安加原剂時	<sup>1</sup> J			

## <注意事項>

- ・医療機関の領収書原本と、「医師の同意書」原本を添付してください。 ・但し、同意書においては、療養費の支給が可能な期間内※における2回目以降の請求では省略可能。
- ※ 初療又は再同意日から起算して5ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の15日以前の場合)、6ヶ月後の月末(初療又は ・施術報告書交付料を請求の場合は、写しを添付してください。(6ヶ月に一度請求可) **・申請書の送付先>** 再同意日が月の16日以降の場合)

. Ħ	は 請書の 医付先 >	
	加入区分	送付先
		社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
	任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所担当者印	健保インプット	健保受付日付印