

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日			常務理事	事務長	係長	係員
	支払額	法定給付	円					
		付加給付	円					
		合計	円					
	計算式					被保険者資格取得日	年 月 日	
申請者資格取得日						年 月 日		
備考	入力No.							

健康保険 被保険者 家 族 療養費支給申請書(はり・きゅう用) (令和 年 月分)

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被保険者 記入欄	被保険者	記号番号	従業員No.	フリガナ	生年月日				
		-		氏名	昭和 平成 令和 年 月 日				
	事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所		所属				
	受療者氏名	フリガナ				生年月日			被保険者との続柄
		氏名				昭和 平成 令和 年 月 日			
	傷病名				発症・負傷年月日	平成 令和 年 月 日			
	傷病の原因 及びその経過								
	確認事項 (該当に✓)	①負傷の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③トヨタ紡織健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者氏名 (本人自署) 電話番号 () -							
	施術に要した費用	※月単位(1日～月末までの合計金額)							円
	施術所名								
	施術を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間							
	給付金 振込先	1.給付金の受領を委任するとき							
委任状		私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。			私は上記給付金の受領を左記の者より委任しました。 (受任者)				
	令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署)								
	2.振込先を指定するとき 注)口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付								
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ				
			普通・当座		口座名義				

※ 添付書類

- 施術に要した費用の領収書(原本) 施術内容証明書
- 医師の同意書(原本もしくは写し) ※1. 2 施術報告書 ※3

※1 初回、及び有効期間(6ヶ月)を超えて引き続き申請する場合、医師の診察を受けた上で交付された『医師の同意書』原本を添付
 ※2 医師の同意書の有効期間内における2回目以降の申請時には、『医師の同意書』(写)を添付
 ※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書(写)」を添付

※ 提出経路:被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株) 国内給与部)→健保組合 (任意継続の方は直接健保へ)
 ※ 問合せ先:トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G 課 (0566)26-0305 内線 811-3067

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

施術内容証明書(はり・きゅう用)

(令和 年 月分)

(フリガナ)			生年月日																												
受療者氏名			昭和 平成 令和	年 月 日																											
受療者住所	〒																														
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																											
平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日	新規・継続																											
傷病名			転帰																												
<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()			継続・治癒・中止・転医																												
初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用		円	摘要																											
施術料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																											
	通所		円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 1		円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 2		円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 3(3~9人)		円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 3(10人以上)		円 × 回 =	円																											
	電療料(加算/1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円 × 回 =	円																											
特別地域(加算)		円 × 回 =	円																												
往療料		円 × 回 =	円																												
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 × 回 =	円																												
合計			円																												
施術日(通院○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③) (令和 年 月 施術分)																															
施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。		保健所登録区分	1.施術所所在地	2.出張専用施術者所在地																											
令和 年 月 日	所在地																														
はり師 登録記号番号 ()	施術所名																														
きゅう師 登録記号番号 ()	施術管理者名																														
		電話																													
同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																										
			令和 年 月 日																												