|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| K0501-B(C)

|  |
| --- |
| 事業主（所）記載欄適用事業所記号 |
|  |  |  |

 | 　支給申請書（Ｃ）療　養　費家族療養費 | 療養費(C)1/4 |
| 電話 | 電話 |
| 事業主（所）健保責任者 | 事業主（所）健保担当者 | 所属上長 | 庶 務 係 |
|  |  |  |  |

（はり・灸・マッサージ）

）

（注意事項）

１．在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先(被保険者名義)をご記入ください。

２．診療年月が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。

３．医師が治療上必要と認めた同意書、施術の詳細を確認できるはり・きゅう・マッサージ師発行の書類、領収書、それぞれの原本の添付が必要です。

４．往療料の算定がある場合、平成31年4月施術分から「療養費（Ｃ）4/4『往療状況確認書』」の添付が必要です。

５．外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者　　記　　載　　欄 | 会 社 名 |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記　号 | 番　　号 |  |
| 所 属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　 年 月 日 |
| 申請が被扶養者に関するとき | 氏名 |  | 生年月日 | Ｓ・Ｈ・R 　　　年　　　月　　　日 | 被保険者との続柄（詳細に） |  |
| 傷病名 |  | 発病または負傷の年月日 | H ・　R 年 月 日 |
| 発病または負傷の原因　（詳しく） |  | 受診した医療機関名 |  |
| 診療期間 | H　・　R　　　　年　　　　月　　　　日 ～ H　・　R　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　日間　） |
| 診療に要した費用の額 | 円 | **●領収書原本を添付してください。****●領収書は返却しません。**市区町村等、自治体の公費医療助成の精算手続きを予定される方は、健保に提出する前に、必ず自治体への申請手続きでの領収書の取り扱いについて、自治体の担当者にご確認ください。 |
| 給付をうけることが できなかった理由 | **医師の同意を得て、はり・灸（きゅう）・マッサージ師の施術を受けたため** |
| （該当する項目にレ点） | □はり□灸（きゅう）　□マッサージ |
| 第三者行為が原因の傷病の場合はその加害者 | 住 所 |  |
| 氏 名 |  |
| （注意事項１･２参照）給付金受取方法 | A.会社経由での支給＊在職中の方は会社経由 | 【委任状】 | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。令和 　　年 　　月 　　日　 被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| B.個人への直接支給＊退職（予定）者のみ可【退職日】H・R　　　年　　　月　　　日 | 退職者用【振込先】 | 銀行**ゆうちょ銀行不可** | 支店 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名義人 |  |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日〒住所被保険者　氏名 　　　　　 　 電話　東芝健康保険組合 御中 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組 合 記 載 欄 | **支給決定額** | **支払先コード** | **支　給　年　月　日** |
| 本人・家族 療養費 | 円 |  | 　令和 |
| 付加金 | 円 |
| 高額療養費 | 円 | （備考欄） |
| 入院食事療養費 | 円 |
| 合　　　　計 | 円 |

※　本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0501-B(C)（令和6年9月以前の施術証明用）

療養費(C)2/4

**施術明細書（はり・きゅう）**

東芝健康保険組合専用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | **－** | 被保険者氏名 |  |
| ふりがな |  | 続柄 | 発症又は負傷の原因及びその経過 |
| 療養を受けた者の氏名 |  |  |  |
| 生年月日 | S ・ H ・ R　　　　年　　　月　　　日 生 |
| 施術　内容欄　　　　　 | 初　療　年　月　日 | 施　術　期　間 | 実日数 | 業務上･外、第三者行為の有無 |
| 　　年　　月　　日 | 自・　　　　年　　月　　日至・　　　　年　　月　　日 | 日 | 1.業務上　2.第三者である　3.その他 |
| 発症又は負傷年月日 |
| 傷病名　1.神経痛　2.リウマチ　3.頸腕症候群　4.五十肩　　　　5.腰痛症　6.頸椎捻挫後遺症　7.その他（　　　　　　　　） | 　　　　年　　月　　日 |
| 請　求　区　分 |
| 初検料 | 1.はり2.きゅう3.はり･きゅう併用　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　円  | 新　規　　・　継　続 |
| 転　　　　　帰 |
| 継続・治癒・中止・転医 |
| 施術料 | は り |  　 円×　　回＝ 　 　　円  | 摘　　　　　要 |
| きゅう |  　 円×　　回＝ 　 　　円  |  |
| はり・きゅう併用 |  　 円×　　回＝ 　 　　円  |
| 電療料1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具 |  　 円×　　回＝ 　 　　円  |
| 往　療　料　　4kmまで |  　 円×　　回＝ 　 　　円  |
| 往　療　料　　4km超 |  　 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◎ | 　　　月 |
| 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 |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。　　 | 保健所登録区分 | 1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地 |
| 令和　　年　　月　　日免許登録番号　　　　　　　　　　　　は り 師免許登録番号　　　　　　　　　　　　きゅう師　 | 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 |
|  |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住　　　所 | 同意年月日 | 傷　病　名 | 要加療期間 |
|  |  | 　　年　　月　　日 |  |  |

　※ 医師の同意が初回の場合は、必ず同意書の原本を添付してください。

※ 医師の同意が再同意の場合は、初診の日から6カ月ごとに同意書の原本を必ず添付すること（口頭同意不可）。その間の申請には必ず初回の医師の同意書(写)または直近の同意書(写)を添付してください。

 K0501-B(C)（令和6年9月以前の施術証明用）

療養費(C)3/4

療養費(C)3/4

**施術明細書（マッサージ）**

東芝健康保険組合専用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | **－** | 被保険者氏名 |  |
| ふりがな |  | 続柄 | 発症又は負傷の原因及びその経過 |
| 療養を受けた者の氏名 |  |  |  |
| 生年月日 | S ・ H ・ R　　　　年　　　月　　　日 生 | 業務上･外、第三者行為の有無 |
| 施術内容欄　　　　 | 初　療　年　月　日 | 施　術　期　間 | 実日数 | 1.業務上　2.第三者である　3.その他 |
| 　年　　月　　日 | 自・　　 　　年　 　月 　　日至・　　 　　年 　　月 　　日 | 日 | 発症又は負傷年月日 |
| 　　　　年　　月　　日 |
| 傷病名又は症状 |  | 請　求　区　分 |
| 新　規　・　継　続 |
| マッサージ | 躯幹　 　 　　　円 ×　　　回＝ 　　 円右上肢　　　　　円　×　　　回＝ 　　　 円左上肢　　　　　円　×　　　回＝ 　 　 　円右下肢　　　　　円　×　　　回＝ 　 円左下肢 　 　円　×　　　回＝ 円 | 転　　　　　帰 |
| 継続・治癒・中止・転医 |
| 摘　　　　　要 |
|  |
|  | 温罨法（加算） | 　　円　×　　　回＝　　　　　円  |
| 温罨法･電気光線器具（加算） | 　　 　円　×　　　回＝　　　　　円  |
| 変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可 | 右上肢　　　　　円　×　　　回＝ 　　　 円左上肢　　　　　円　×　　　回＝ 　 　 　円右下肢　　　　　円　×　　　回＝ 　 円左下肢 　 　円　×　　　回＝ 円 |
| 往療料　　4kmまで | 　　円 ×　　　回＝　　 　　円  |
| 往療料　　4km超 | 　　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◎ | 　　　月 |
| 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 |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。　　 | 保健所登録区分 | 1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　あん摩マッサージ指圧師免許登録番号　　　　　　　　　　　　　　 | 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 |
|  |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住　　　所 | 同意年月日 | 傷　病　名 | 要加療期間 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |  |

* 医師の同意が初回の場合は、必ず同意書の原本を添付してください。
* 医師の同意が再同意の場合は、初診の日から6カ月ごとに同意書の原本を必ず添付すること（口頭同意不可）。
その間の申請には必ず初回の医師の同意書(写)または直近の同意書(写)を添付してください。
ただし、変形徒手矯正術は１カ月ごとに同意書の原本の添付が必要です。

**往療状況確認書**

K0501-B(C)（令和6年9月以前の施術証明用）

療養費（C）4/4

　　　　　月分　施術者氏名　　　　　　　　 　　出張専門の施術者の場合（　　）

受療者氏名：

往療先住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設へ入所の場合：施設名称（　　　　　　　　　　　　　）施設種別（　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 同一日・同一建物記入欄 | 往療の起点（出発点または先順位住所） | 施術開始時間 | 起点からの直線距離（地図上の直線距離） |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| <往療を必要とする理由>　　１．独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難２．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）<介護保険の要介護度>　（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載ください<医療機関等への受診方法についてお知らせください>　1.独歩　2.往診　3.車椅子等（　　　　　　　　）付き添い（　ア．有り　　イ．無し） |

注　・出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合（　）」に「〇」を記入すること。

・施設種別とは特別養護老人ホーム･老人保健施設･介護療養型医療施設･グループホーム･ショートステイなど。

・同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。

・同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。

・往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。

・個人情報の取り扱いには、十分注意すること。