|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。