

K0501-B(C)

療 養 費 支 給 申 請 書 (C)  
家族療養費 (はり・灸・マッサージ)

|                 |                 |      |     |
|-----------------|-----------------|------|-----|
| 電話              |                 | 電話   |     |
| 事業主(所)<br>健保責任者 | 事業主(所)<br>健保担当者 | 所属上長 | 庶務係 |
|                 |                 |      |     |

(注意事項)

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| 事業主(所)記載欄<br>適用事業所記号 |  |  |
|                      |  |  |

|      |     |       |     |     |
|------|-----|-------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | グループ長 | 主務者 | 担当者 |
|      |     |       |     |     |

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状を「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「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)を「はり・灸・マッサージ師発行の書類」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。

|                                                |                            |   |                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|------------------------------------------------|----------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|-------------------|--|----------|--|--|--|
| 申<br>請<br>者<br>記<br>載<br>欄                     | 会 社 名                      |   | 被保険者証                                                                                      |  |                                                                                                                      |  | 被保険者氏名      |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | 所 属                        |   | 記 号                                                                                        |  | 番 号                                                                                                                  |  |             |  | 生 年 月 日 S・H 年 月 日 |  |          |  |  |  |
|                                                |                            |   |                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | 申請が被扶養者に<br>関 する とき        |   | 氏 名                                                                                        |  | 生 年 月 日                                                                                                              |  | S・H・R 年 月 日 |  | 被保険者との<br>続柄(詳細に) |  |          |  |  |  |
|                                                | 傷 病 名                      |   | 発病または負傷<br>の 年 月 日                                                                         |  |                                                                                                                      |  | H・R 年 月 日   |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | 発病または負傷<br>の原因(詳しく)        |   | 受 診 し た<br>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<br>費 用 の 額          |   | 円                                                                                          |  | ●領収書原本を添付してください。<br>●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。 |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | 給付を受けることが<br>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)                |   | <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> 灸(きゅう) <input type="checkbox"/> マッサージ |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | 第三者行為が原因の傷<br>病の場合はその加害者   |   | 住 所                                                                                        |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                |                            |   | 氏 名                                                                                        |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
| 給<br>付<br>金<br>受<br>取<br>方<br>法<br>(注意事項1・2参照) | A.会社経由での支給<br>* 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。<br>令和 年 月 日 被保険者氏名                                                                         |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
|                                                | B.個人への直接支給<br>* 退職(予定)者のみ可 |   | 退職者用<br>【振込先】                                                                              |  | ゆうちょ銀行不可                                                                                                             |  | 銀行          |  | 支店                |  | 普通・当座    |  |  |  |
|                                                | 【退職日】<br>H・R 年 月 日         |   |                                                                                            |  | 口座<br>番号                                                                                                             |  | フリガナ        |  | 名義人               |  |          |  |  |  |
|                                                | 上記のとおり申請します。               |   |                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |
| 組<br>合<br>記<br>載<br>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                                                                                          |  | (備考欄)                                                                                                                |  |             |  | 令和                |  |          |  |  |  |
|                                                | 付 加 金                      |   | 円                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
| 高 額 療 養 費                                      |                            | 円 |                                                                                            |  |                                                                                                                      |  |             |  |                   |  |          |  |  |  |
| 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。

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<br>術<br><br>内<br>容<br><br>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<br>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            |             |
|                                           |                                                                                     |                               |                    |          |     |                         | 年 月 日                |             |
|                                           |                                                                                     |                               |                    |          |     |                         | 請 求 区 分              |             |
|                                           | 初<br>検<br>料                                                                         | 1.はり<br>2.きゅう<br>3.はり・きゅう併用   |                    |          |     | 円                       |                      | 新 規 ・ 継 続   |
|                                           |                                                                                     |                               |                    |          |     |                         |                      | 転 帰         |
|                                           |                                                                                     |                               |                    |          |     |                         |                      | 継続・治癒・中止・転医 |
|                                           | 施<br>術<br>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<br>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<br>術<br>日<br>通<br>院<br>○<br>往<br>療<br>◎ | 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<br>術<br>証<br>明<br>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                                                                            |                               |                    | 住 所      |     |                         |                      |             |
|                                           | 免許登録番号                                                                              |                               |                    | はり師 氏 名  |     |                         |                      |             |
|                                           | 免許登録番号                                                                              |                               |                    | きゅう師 電 話 |     |                         |                      |             |

|                  |         |     |       |       |       |
|------------------|---------|-----|-------|-------|-------|
| 同<br>意<br>記<br>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。

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<br>術<br>内<br>容<br>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<br>至・年 月 日 |        |         | 日                       | 発症又は負傷年月日<br>年 月 日   |
|                          | 傷病名又は症状                                                                             |              |                    |        |         | 請求区分                    |                      |
|                          |                                                                                     |              |                    |        |         | 新規・継続                   |                      |
|                          | マッサージ                                                                               |              | 軀幹                 |        |         | 円 × 回＝ 円                | 転 帰                  |
|                          |                                                                                     |              | 右上肢                |        |         | 円 × 回＝ 円                | 継続・治癒・中止・転医<br>摘 要   |
|                          |                                                                                     |              | 左上肢                |        |         | 円 × 回＝ 円                |                      |
|                          |                                                                                     |              | 右下肢                |        |         | 円 × 回＝ 円                |                      |
|                          |                                                                                     |              | 左下肢                |        |         | 円 × 回＝ 円                |                      |
|                          | 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）<br>※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<br>（前回支給： 年 月分） |                                                                                     | 円 × 回＝ 円     |                    |        |         |                         |                      |
| 合 計                      |                                                                                     | 円            |                    |        |         |                         |                      |
| 施術日                      | 月                                                                                   |              |                    |        |         |                         |                      |
| 通院○<br>往療◎               | 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<br>術<br>証<br>明<br>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 住 所                                                                     |              |                    |        |         |                         |                      |
|                          | 免許登録番号                                                                              |              |                    |        | 氏 名     |                         |                      |
|                          |                                                                                     |              |                    | 電 話    |         |                         |                      |

|                  |         |     |       |       |       |
|------------------|---------|-----|-------|-------|-------|
| 同<br>意<br>記<br>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

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・<br>同一建物<br>記入欄 | 往療の起点<br>(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<br>(地図上の直線距離) |
|---|---------------------|------------------------|--------|-------------------------|
| 日 |                     |                        |        |                         |
| 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つての外出が困難
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「○」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つて、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。