

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) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

(注意事項)

事業主(所)記載欄 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. 診療年月が特選・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. 主治医の治療上施術が必要と認めた同意書は、原本の添付が必要です。
4. 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 請 者 記 載 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 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	R 年 月 日 ~ 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。											
	給付を受けることが 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													
	給 付 金 受 取 方 法 (注意事項1・2参照)	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。													
		A.会社経由での支給 * 在職中の方は会社経由		【委任状】		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		退職者用 【振込先】		ゆうちょ銀行不可									
		【退職日】 R 年 月 日		口座 番号		銀行		支店	普通・当座						
組 合 記 載 欄							フリガナ								
							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。

施術明細書（はり・きゅう）

東芝健康保険組合専用

（※施術所所定の同一内容用紙でも可）

被保険者証 記号・番号		—		被保険者氏名			
ふりがな						続柄	施術した場所
療養を受けた者の氏名							入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載
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	発症又は負傷年月日
	年 月 日		自・ 年 月 日 至・ 年 月 日			日	年 月 日 発症又は負傷の原因及びその経過
	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（ ）						
	初 検 料	1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用				円	業務上・外、第三者行為の有無
							1.業務上 2.第三者行為 3.その他（ ）
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回	請 求 区 分
		通 所			円× 回＝	円	新 規 ・ 継 続
		訪問施術料 1			円× 回＝	円	転 帰
		訪問施術料 2			円× 回＝	円	継続・治癒・中止・転医
		訪問施術料 3（3人～9人）			円× 回＝	円	摘 要
		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／ 通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③							
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						
往療または 訪問の理由		1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ）					
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				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 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		

施術明細書（マッサージ）

東芝健康保険組合専用

（※施術所所定の同一内容用紙でも可）

被保険者証 記号・番号		—		被保険者氏名											
ふりがな						続柄		施術した場所							
療養を受け た者の氏名								入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載							
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		発症又は負傷年月日						
	年 月 日		自・		年 月 日		日		年 月 日		発症又は負傷の原因及びその経過				
	傷病名及び症状														
									業務上・外、第三者行為の有無						
	施 術 料	マッサージ		同意部位	(軀 幹)	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()					
				施術回数	回	回	回	回	回						
		通 所		円× 回＝				円		請 求 区 分					
		訪問施術料 1		円× 回＝				円		新 規 ・ 継 続					
		訪問施術料 2		円× 回＝				円		転 帰					
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円× 回＝				円		継続・治癒・中止・転医					
		訪問施術料 3 (10人以上)		円× 回＝				円		摘 要					
		温電法 (加算)		円× 回＝				円							
		温電法・電気光線器具 (加算)		円× 回＝				円							
		変形徒手矯正術 (加算)	同意部位	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)								
			施術回数	回	回	回	回								
		※温電法との併施は不可		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／ 通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③															
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															
月															
往療または 訪問の理由		1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()													
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					住 所									
	あん摩マッサージ指圧師					氏 名									
	免許登録番号					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		