

K0501-B(C)

該当する方に  
○印をつける

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 |  |  |
|----------------------|--|--|

健保担当の方が  
記入願います

|      |     |       |     |     |
|------|-----|-------|-----|-----|
| 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「記入」してください。
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)や当往療状況確認書」の添付が必要です。
5. 外傷性疾患で、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                                            | 東芝〇〇(株)                                                                                                          | 被保険者証                                                                                                                |                      | 被保険者氏名                     |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | 所 属                                              | 〇〇部〇〇課                                                                                                           | 記 号                                                                                                                  | 番 号                  | 東芝 太郎                      |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          |                                                  |                                                                                                                  | 1 0 0                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7        | 生 年 月 日 S・H XX 年 XX 月 XX 日 |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | 申請が被扶養者に<br>関 する とき                              | 氏 名 東芝 花子                                                                                                        | 生 年 月 日                                                                                                              | S・H・R XX 年 XX 月 XX 日 | 被保険者との<br>続柄(詳細に)          | 妻                            |  |  |  |  |
|                                                                                          | 傷 病 名                                            | 神経痛                                                                                                              | 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)                            | 不祥                                                                                                               | 受 診 し た<br>医 療 機 関 名                                                                                                 | △△鍼灸院                |                            |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | 診 療 期 間                                          | H・R XX 年 XX 月 XX 日 ~ H・R XX 年 XX 月 XX 日 (XX 日間)                                                                  |                                                                                                                      |                      |                            | 暦月ごと                         |  |  |  |  |
|                                                                                          | 診療に要した<br>費 用 の 額                                | 25,000 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                                                                                        |                                                                                                                      |                      |                            |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | (該当する項目にレ点)                                      | <input checked="" type="checkbox"/> はり <input checked="" type="checkbox"/> 灸(きゅう) <input type="checkbox"/> マッサージ |                                                                                                                      |                      |                            |                              |  |  |  |  |
| 給<br>付<br>金<br>受<br>取<br>方<br>法<br>(注意事項1・2参照)                                           | 第三者行為が原因の傷<br>病の場合はその加害者                         | 住 所                                                                                                              | 加害者がいる場合は記入する                                                                                                        |                      |                            |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          |                                                  | 氏 名                                                                                                              |                                                                                                                      |                      |                            |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | 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 XX 年 XX 月 XX 日 被保険者氏名 東芝 太郎                                                          |                      |                            |                              |  |  |  |  |
|                                                                                          | B.個人への直接支給<br>* 退職(予定)者のみ可<br>【退職日】<br>H・R 年 月 日 | 退職者用<br>【振込先】                                                                                                    | ゆうちょ銀行不可<br>銀行                                                                                                       | 口座<br>番号             | 名義人                        | 在職者は委任状に記名が必要<br>(振込先の記入は不要) |  |  |  |  |
| 上記のとおり申請します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日                                                           |                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                      |                      |                            |                              |  |  |  |  |
| 〒999-9999<br>住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地<br>被保険者 氏名 東芝 太郎<br>電話 XXX - XXX - XXXX<br>東芝健康保険組合 御中 |                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                      |                      |                            |                              |  |  |  |  |

|                       |           |   |        |           |
|-----------------------|-----------|---|--------|-----------|
| 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 |        | 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

はり・きゅうの申請用

|                                           |                                                                                     |            |                    |                     |                         |             |                      |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|-------------------------|-------------|----------------------|
| 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>内<br>容<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       |                    | ※ 施術所で記入してもらってください。 |                         | 新規・継続       |                      |
|                                           |                                                                                     | 2.きゅう      |                    |                     |                         | 転 帰         |                      |
|                                           | 施<br>術<br>料                                                                         | 3.はり・きゅう併用 |                    |                     |                         | 継続・治癒・中止・転医 |                      |
|                                           |                                                                                     | 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。

|                       |                            |       |                                                                                          |         |      |                         |                         |
|-----------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|-------------------------|-------------------------|
| 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                    |       | ※ 施術所で記入してもらってください。                                                                      |         | 請求区分 |                         | 新規・継続                   |
|                       | マッサージ                      |       |                                                                                          |         | 転 帰  |                         | 継続・治癒・中止・転医             |
|                       | 温 罨 法 （ 加 算 ）              |       |                                                                                          |         | 摘 要  |                         |                         |
|                       | 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<br>左上肢 円 × 回＝ 円<br>右下肢 円 × 回＝ 円<br>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<br>通院○<br>往療◎          |       | 月<br>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 |                     | ※往療料の算定がある場合のみ添付。<br>施術所で、往療の起点や施術した場所、往療を必要とする理由を具体的に記載してもらってください。 |        |                         |
| 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。