

該当する方に
○印をつける療 養 費
家族療養費

支給申請書(C)

(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. 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。
6 月(変形徒手矯正術は1 月)を超えて引き続き施術が必要な場合は、再度同意書の交付を受け、原本を必ず添付すること(その間は写しで可)。
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	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 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 続柄(詳細に)	妻					
	傷 病 名	リウマチ		発病または負傷 の 年 月 日	H・R XX 年 XX 月 頃 日								
	発病または負傷 の原因(詳しく)	不詳		受 診 し た 医 療 機 関 名	△△鍼灸院								
	診 療 期 間	R XX 年 XX 月 XX 日 ~ R XX 年 XX 月 XX 日 (XX 日間)		暦月ごと									
	診療に要した 費 用 の 額	17,190 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		「はり・きゅう」と 「マッサージ」は、同月 でも別々に申請書を作成									
	(該当する項目にレ点)	☒ はり ☒ 灸(きゅう) ☐ マッサージ											
給 付 金 受 取 方 法	第三者行為が原因の傷 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 * 在職中の方は会社経由 【委任状】 令和 XX 年 XX 月 XX 日 被保険者氏名 東芝 太郎	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。											
		B.個人への直接支給 * 退職(予定)者のみ可 【退職日】 R 年 月 日	退職者用 【振込先】	ゆうちょ銀行不可	銀行	当座							
			口座 番号	名義人	在職者は委任状に記名が必要 (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		住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地											
被保険者 氏名 東芝 太郎		電話 XXX - XXX - XXXX											
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)

はり・きゅうの申請用

被保険者証 記号・番号	—		被保険者氏名	はり・きゅうの申請用		
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	
	年 月 日		自・年 月 日 至・年 月 日		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（ ）				発症又は負傷の原因及びその経過	
	初 検 料	1.はり				業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 その他（ ）
		2.きゅう				
	施 術 料	3.はり・きゅう併用				請 求 区 分
		はり・きゅう				
		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)

マッサージの申請用

被保険者証 記号・番号		—		被保険者氏名		マッサージの申請用			
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		
	傷病名及び症状						発症又は負傷の原因及びその経過		
							務上・外、第三者行為の有無		
	マッサージ		施術回数		回 回 回 回 回 回		1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ）		
	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)						
	※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									
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				
	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					