**（特退・任継用）**

令和6年9月施術分まで使用する申請書です

**療養費支給（鍼灸）の申請手続きについて**

１．支給条件

主として神経痛・リウマチ・頚腕症候群・五十肩・腰痛症・頚椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛のある疾病に対し、医師による適当な治療手段がなく治療上の効果があると医師が同意し、健保組合がやむを得ないと認めた場合に限ります。

※同じ症状により、医療機関で治療（投薬を含む）を受けたり、接骨院・整骨院で施術（柔道整復術）を受けた場合は適用不可。

２．提出書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **提出書類** | **注意事項** |
| 必須書類 | 1 | 療養費支給申請書  （鍼灸用） | 健保所定フォーマット  ※施術所で該当箇所を記入してもらってください |
| 2 | 領収証の原本 |  |
| 3 | 医師の施術同意書 | 医療機関で発行  ※医師の同意期限内(６ヶ月)で２ヶ月以上施術が継続する場合、  同意書は１回目の申請は原本、２回目以降はコピーを添付してください  　6ヶ月を超える場合は、改めて医師の施術同意書の交付（施術継続の再同意）  を受けることが必要です。  【医師の同意書の有効期限】  　　医師の同意を受けた日が月の1日～15日の場合：5ヶ月後の末日まで有効  医師の同意を受けた日が月の16日～末日の場合：6ヶ月後の末日まで有効 |
| 該当の場合 | 4 | 施術報告書 | 施術継続の再同意のため1.の施術内容欄の「施術報告書交付料」が算定されて  いた場合に必要です  〔施術所所定フォーマット〕  ※施術所で該当箇所を記入してもらってください |
| 5 | 1年以上・月16回以上施術継続  理由・状態記入書 | 初療1年以上経過していてかつ1月間の施術を受けた回数が月16回以上の場合に必要です  〔施術所所定フォーマット〕  ※施術所で該当箇所を記入してもらってください |
| 6 | 往療状況確認書 | 往療がある場合に必要です  〔健保所定フォーマット〕  ※施術所で該当箇所を記入してもらってください |

３．支給額　　　　・８割相当額　：７０歳以上で自己負担額が２割の方または、義務教育未就学児童

・７割相当額　：７０歳未満の方（義務教育未就学児童を除く）または、７０歳以上で自己負担額が３割の方

４．支給日　　　　 　施術月から４ヶ月以降の末日（休祝日の場合は前日）となります。

※各医療機関からの請求内容（レセプト）を受領するまで、３ヶ月程度かかります。

請求内容（レセプト）と突合後、医療機関等への照会等により、療養費のお支払いは、

施術月から４ヶ月以降となります。

５．お振込み先　　 　特例退職、任意継続にご加入の方は、保険料振替口座にお振込みとなります。

６．書類提出先　　 　〒２１１－００６３

神奈川県川崎市中原区小杉町３－２６４－３

富士通健康保険組合　特例退職または任意継続担当　宛

７．時　効　　　 　療養に要した費用を支払った日の翌日から２年間

　 （申請期限）

８．連絡事項　　 ・暦月ごとに申請してください。

・健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以　　　上

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（特退・任継用）**  **療養費支給申請書**  **鍼灸用（令和6年9月施術分まで使用）**  （被保険者・家　　族） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  請  者  の  記  入  欄 | 被保険者証 | | | | | 記号 | | | 記号入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 番号 | | | | | 番号入力 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | 電話番号入力 | | | | | | | | | | | | |
| 受療者氏名 | | | | | 受療者氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年齢 | | | | | 年齢入力　歳（※施術日時点） | | | | | | | | | | 続柄 | | | 続柄選択 |
| 傷　病　名 | | | | | 傷病名入力 | | | | | | | | | | | 発病・負傷年月日 | | | | | | | | | | | | | 日付を選択 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷原因 | | | | | いつ,どこで,どのようにして発病・負傷したのかを具体医的に入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか | | | | | | | | | | | | | | 選択 | | | | | | | | | | 交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 選択 | |
| 施　術　期　間 | | | | | 開始日を選択 | | | | | | | | | | | | | ～ | | | | | | | 終了日を選択 | | | | | | | | | | | | | | | | 日数入力 | | | | 日間 |
| 施術に要した費用 | | | | | 金額入力 | | | | | | | | | | | | | | **円** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請いたします。  富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、  また、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日を選択 | | | | | | | | | | | | 署名 | | | | | 住所　住所入力  　氏名　被保険者の氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術所（はり師・きゅう師）記入欄 | 施 術 内 容 欄 | 初療年月日 | | | | | | | | | | 施術期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実日数 | | | | | | 請求区分 | | | | | |
| 平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | | | | 新規・継続 | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 傷病名 | 1.神経痛（部位：　　　　　　） | 2.リウマチ | 3.頸腕症候群 | 4.五十肩 | | | 5.腰痛症　6.頚椎捻挫後遺症　7.その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 転帰 | | | | | |
| 継続・治癒・中止・転医 | | | | | |
| 初検料　1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 摘　　　　要 | | | | | |
| 施　術　料 | はり | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 円× | | | | | |  | | 回＝ | | | |  | | | 円 | | |  | | | | | |
| 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  は り 師  免許登録番号  きゅう師  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 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健保記入欄 | 施術年月 | | | 年　　　月 | | | | | | | 本人家族区分 | | | 本人 ･ 家族 ･ 未就学 ･ 高７ ･ 高８ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 日　　数 | | | 日 | | | | | | | 支給額合計 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | |

（領収書貼付用）

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ≪注意事項≫  ・領収書などの添付書類は原則返却できません。自治体の助成を受ける等の理由で、  健保への申請後に必要となる場合は、あらかじめご自身でコピーをとってからご提出ください。  ≪自治体の助成を受ける方へ≫  ・助成の申請には、通常「領収書のコピー」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。  　「医療費のお知らせ」は、ヘルスアップF@milyから支給月の通知をPDFで印刷し  ご利用ください。  ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に届け出が必要です。  「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。  ※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認  ください。  （ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき） |   領収書のり付け欄  **この用紙に領収書を貼ってご提出ください。** |