

療養費（はり・きゅう）について

「はり・きゅう」の支給対象

療養費（はり・きゅう）の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患）に限り支給の対象となります。

医師の同意書

健康保険で「はり・きゅう」の施術を受ける場合は、『医師の同意書』が必要となります。また、施術が長期にわたる場合には、『6 か月ごとに文書による医師の再同意』が必要になります。

必要書類

支給申請書に次の必要書類（すべて原本、コピー不可）を添付してください。

(1) 初回申請の場合

- ① 施術所発行の領収書
- ② 医師の同意書

(2) 2 回目以降の申請

- ① 施術所発行の領収書
- ② 医師の再同意書※ ※初回申請から 6 か月経過ごとに添付

申請書の提出先

区分	提出先
在職者	事業所の人事（総務）担当部署
退職者・任意継続被保険者	ヤマトグループ健康保険組合

注意事項

- (1) 申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません。
- (2) 保険給付を受ける権利は 2 年を経過すると時効により消滅します。
時効の起算日は、費用を支払った日（領収日）の翌日です。
- (3) 領収書等は返却しません。
必要に応じてコピーをとってから原本を提出してください。

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	経理M	給付M	担当者	(特記事項)
	支給対象者	本人・家族(高・就前)			給付種別	はり・きゅう 新規・継続	
	対象者資格取得日	昭平令	年	月	日	対象者資格喪失日	令和 年 月 日
	施術回数	回			支給決定額	円	

(ヤマト運輸社員用)	健康保険 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)
------------	-------------------------

被 保 険 者 記 入 欄	①提出日	令和 年 月 日	②事業所名				
	③記号	11	④番号			⑤被保険者名	⑥
	⑥対象者氏名				⑦連絡先電話番号		
	⑧傷病名				⑨発病・負傷年月日	令和 年 月 日	
	⑩傷病の原因及び経過						
	⑪負傷の原因は、交通事故、業務上若しくは通勤の行き帰りで発生したものです。 ☐ はい ☐ いいえ						
	⑫委任状 ※退職者も必ず署名押印すること。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名 ⑬				⑬退職者振込先口座		
	銀行名				支店名		
口座番号				口座名義			

施 術 者 記 入 欄	初療日		施術期間		実日数	請求区分	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日～令和 年 月 日		日	新規・継続	
	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				
	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 × 回 = 円	
	施術料	1. はり				円 × 回 = 円	
		2. きゅう				円 × 回 = 円	
	電療用	3. はり・きゅう併用				円 × 回 = 円	
		1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具				円 × 回 = 円	
	往療料					円 × 回 = 円	
	施術報告書交付料		(前回交付： 年 月)				円
	費用合計						円
	転帰	継続・治癒・中止・転医		摘要			
	施術証明書		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 はり師・きゅう師 住所 氏名 ⑬ 電話 ()				
同意 記録	同意医師氏名	住所		同意年月日	傷病名	要加療期間	
				令和 年 月 日			

事業主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
	事業主	所在地：東京都中央区銀座2丁目16番10号				
		名称：ヤマト運輸株式会社				
		氏名：事業主代理人 人事戦略部長 小祝 珠樹 ⑬ 電話：03-3541-3411				