

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【はり・きゅう用】
被扶養者

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			
	療養を受けた者の氏名			療養を受けた者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	発症または負傷の原因				
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日		施術期間	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()							転帰	継続・治癒・中止・転医
	初回	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)							摘要	
	初検料								円	
	2回目以降	はり	円 × 回 =		円					
		はり(電気鍼併用)	円 × 回 =		円					
		きゅう	円 × 回 =		円					
		きゅう(電気温灸器併用)	円 × 回 =		円					
		はり・きゅう併用	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					
費用額計									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
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	施術所 所在地 名称	電話
	施術管理者 氏名		

備考					
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		

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	
	日付	令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店			
	預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
2. 治療内容の書いてある領収書原本

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印