

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(年 月分)【はり・きゅう用】
被扶養者

被保険者欄	被保険者証等の記号番号	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 平成	年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス		
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	発症又は負傷年月日		年 月 日	発症又は負傷の原因及びその経過		
	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	

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続
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()			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
はり・きゅう 施 術 内 容 欄 施 術 料	施術の種類	1術 回	2術 回	
	通所	円×	回= 円	
	訪問施術料 1	円×	回= 円	
	訪問施術料 2	円×	回= 円	
	訪問施術料 3(8人～9人)	円×	回= 円	
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		
費用額計	円			

施術日	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

○往療又は訪問の理由(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())

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	〒	
免許登録番号	はり師	住所
免許登録番号	きゅう師	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		

※在職者は、委任状欄に氏名を記入してください。

□①本申請に基づく給付金に関する受領および提出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。

□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。 令和 年 月 日

被保険者(申請書)	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/信用金庫 本店/支店	
預金種別	普通	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 受付日付印

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
	☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。