

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)	〒		メールアドレス	
	電話 ( )				
	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			交通事故等で第三者が原因か	いいえ ・ はい	

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																					
	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																						
	はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)				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																											
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			登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	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																					
備考	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間																				
同意記録					令和 年 月 日																								

※在職者の方は事業主を経由して振り込まれます。以下の委任状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	

※退職者・任意継続被保険者の方は以下の振込先情報に記入してください。

振込先情報	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店		支店番号
	預金種別	普通 当座 その他( )	口座番号	口座名義(カタカナ)

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)	受付日付印
	※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	