

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(年 月分)【はり・きゅう用】

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	年	月	日
					平成			
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒						
		電話			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
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			
	※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				※「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			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																			
	施 術 料	はり・きゅう	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(3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	月																																							
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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())																																									
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																〒					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																											

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委 任 状	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	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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	当座	その他()					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 (被保険者証等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			