

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店		
		●●	××××		電話(内線) 03-1234-5678(999)		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	被保険者 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日		
		健保 太郎		平成			
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室					
		電話 090 (7891) 2345	メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp				
	療養を受けた者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	療養を受けた者の 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日		
健保 花子		平成 令和					
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	腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されない				
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																転 帰		継続・治癒・中止・転医																		
	初 検 料 1はり 2きゅう		この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。																																摘 要				
	はり・きゅう																																						
	通																																						
	訪																																						
	訪																																						
	訪																																						
施 術 料		電療料(加算／																																					
特 別 地 域																																							
往 療 料																																							
施術報告書交																																							
費																																							
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())																																							
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																〒 -																						
	免許登録番号 はり師 住 所																																						
同 意 記 録	免許登録番号 きゅう師 氏 名 電話																																						
	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	1234			支店コード	123		
	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	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ

■ 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	

受付日付印