

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	被保険者等 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
	発病又は 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

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	
	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																															

○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。

令和 年 月 日

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

〒 -

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。

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(被保険者等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

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	被保険者等 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	○○○株式会社 ○○支店	
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	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)	〒123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション456号室			メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子	療養を受けた者 の生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日	平成 令和
	発病又は 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																													
	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																																	
	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②	訪問2②																																	
往療③	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. 聴知症や視覚、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。		令和 年 月 日	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																													
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。

<input checked="" 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。	令和 ●年 ●月 ●日
<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。	
被保険者(申請書)	氏名 健保 太郎
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。

金融機関コード		任意継続被保険者・退職者以外は、 委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	本店/支店
金融機関名称			
預金種別	普通		

■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

個人番号 (被保険者等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	