

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 | |
| | 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。

| | | | | | |
|-------------------|--------------|---|---------|-----|-------------|
| 施術内容欄 | 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 |
| | 平・令 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) | | | 継続・治癒・中止・転医 |
| | 初検料 | | | | 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 | |
| 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。 | 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 | 登録記号番号(申し出た施術者登録番号) | 施術所 所在地 名称 | 電話 |
| 備考 | 施術管理者 氏名 | | | |

| | | | | | |
|------|---------|----|----------|-----|-------|
| 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。

| | | |
|-----|---|----|
| 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。 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 |

※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 本店 信用金庫 支店 |
| | 預金種別 | 普通 口座番号 当座 () |
| | | 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

| | | |
|----|--|--|
| 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 | |

受付日付印

健康保険 被保険者
被扶養者 療養費支給申請書【はり・きゆう用】

| | | | | | | |
|--------|-------------------------|--|------------|------------------|--|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 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) | |
| | 氏名 | フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 | | 生年月日 | 昭和 平成 ●●年●●月●●日 | |
| | 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 | 健保 花子 | | 療養を受けた者の生年月日 | 昭和 平成 ●●年●●月●●日 | |
| | 発症または負傷の原因 | 医師による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ため | | | | |
| | 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|----------|-------------------------|-----|-------|------|---------|-------------|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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) | | | | | | | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初検料 | この欄は、はり師・きゆう師に 記入を依頼してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2回目以降 | | | | | | | | | | はり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | はり(電気鍼) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | きゅう | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | きゅう(電気) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 往 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 往 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交 | | | | | | | | 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録記号番号(申し出た施術者登録番号) | 施術所所在地 | 名称 | | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人(実際に給付を受領する者) | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

| | | | | |
|------------------|--|----|---------------------|--|
| 委任状 | <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。 | |
| | <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。 | | 令和 ●●年 ●●月 ●●日 | |
| | 被保険者(申請者) | 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。

| | | | | | | | |
|-------|---------|--|--|--|----|----|----------|
| 振込先情報 | 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 | | |
| | 金融機関名称 | | | | | 支店 | |
| | 預金種別 | | | | | | 普通 当座 |
| | | | | | | | |

■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 |
|----|--|-------|