

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)	〒 電話 ( ) 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 平成 令和	年 月 日
	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	平・令 年 月 日	令和 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. 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	
	初検料						円		
	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。	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 施術管理者 氏名			

備考 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(申請者)	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 本店 信用金庫 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

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