

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【はり・きゅう用】

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 平成	年 月 日
	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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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															
																			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														

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	☐ 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 信用金庫					本店 支店
	預金種別	普通 其他 当座 ()	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)		受付日付印
	※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		