

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<br>保<br>険<br>者<br>欄  | 被保険者等の<br>記号番号          | 記号     | 番号 | 所属事業所<br>及び部署名       | 電話(内線)               |   |   |   |
|                        |                         |        |    |                      |                      |   |   |   |
|                        | 被保険者氏名                  | (フリガナ) |    | 被保険者<br>生年月日         | 昭和                   | 年 | 月 | 日 |
|                        |                         |        |    |                      | 平成                   |   |   |   |
|                        | 住所<br>電話番号等<br>(日中の連絡先) | 〒      |    | メールアドレス              |                      |   |   |   |
|                        |                         | 電話     |    |                      |                      |   |   |   |
|                        | 療養を受けた者の<br>氏名          | (フリガナ) |    | 療養を受けた者の<br>生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和       | 年 | 月 | 日 |
|                        |                         |        |    |                      |                      |   |   |   |
| 発病又は<br>負傷年月日          | 年 月 日                   |        |    | 発症又は負傷の原因<br>及びその経過  |                      |   |   |   |
| 交通事故等<br>第三者が原因<br>ですか | いいえ ・ はい                |        |    | 業務上、通勤途上<br>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<br>術<br>内<br>容<br>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<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( ) |                |                       |         |   |   |         |   |   |   |   |    |    |      |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医                                            |                |                       |         |   |   |         |   |   |   |   |    |    |      |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 初 検 料<br>1はり 2きゅう 3はりきゅう併用   |                                                               |                |                       |         |   |   | 円       |   |   |   |   |    |    |      |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 摘 要 |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 施<br>術<br>料                  | はり・きゅう                                                        | 施術の種類          |                       | 1術 回    |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 2術 回 |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              |                                                               | 通所             |                       | 円× 回＝ 円 |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 円    |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              |                                                               | 訪問施術料 1        |                       | 円× 回＝ 円 |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 円    |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              |                                                               | 訪問施術料 2        |                       | 円× 回＝ 円 |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 円    |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              |                                                               | 訪問施術料 3(3人～9人) |                       | 円× 回＝ 円 |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 円    |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                              |                                                               | 訪問施術料 3(10人以上) |                       | 円× 回＝ 円 |   |   |         |   |   |   |   |    |    | 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 |   |   |   |   |    |    |      |    |    | 円  |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 特 別 地 域(加 算)                 |                                                               |                |                       |         |   |   | 円× 回＝ 円 |   |   |   |   |    |    |      |    |    | 円  |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 往 療 料                        |                                                               |                |                       |         |   |   | 円× 回＝ 円 |   |   |   |   |    |    |      |    |    | 円  |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)         |                                                               |                |                       |         |   |   | 円× 回＝ 円 |   |   |   |   |    |    |      |    |    | 円  |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 費 用 額 計                      |                                                               |                |                       |         |   |   | 円       |   |   |   |   |    |    |      |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 施術日                          | 訪問1①                                                          | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>術<br>証<br>明<br>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<br>免許登録番号 〃 きゅう師 氏 名 電話 |  |  |     |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |         |       |  |  |                       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>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<br>任<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |         |  |  |         |    |        |  |  |      |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |
|-----------------------|---------|--|--|---------|----|--------|--|--|------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|
| 振<br>込<br>先<br>情<br>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      | 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<br>考 | 個人番号 (被保険者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<br>・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |