

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)	
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		被保険者 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日
		健保 太郎			平成	
	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		メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		
		電話 090 (7891) 2345				
療養を受けた者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ		療養を受けた者の 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日	
	健保 花子			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														
		継続・治癒・中止・転医																														
	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																														
		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○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③	月																														
○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 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。																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																															
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(申請書)	氏名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振 込 先 情 報	金融機関コード	1234										支店コード	123									
	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	1234567					口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ									

■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			