

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)	〒			
	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		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()						実日数	日	請求区分 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)						実日数	日	請求区分 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	

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

■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