

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)	〒			メールアドレス		
		電話	()				
	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。			※「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		電話																										
					名称																													
			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 その他 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		