

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						

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      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		