

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 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 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	