

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)

①令和××年××月分

被保険者が記入するところ	②被保険者の記号・番号	××	××××	③事業所名(会社名)	××××株式会社				
	④被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		⑤住所	〒×××-×××× 東京都××××× ×-×-× E-mail ××××@××.××.××			
	⑥療養を受けた者の氏名	健保 花子		⑦生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	⑧続柄	妻	
	⑨傷病名	腰痛症			⑩発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
	⑪発病の原因及び経過	大掃除に重い荷物を持ち、その後から痛みだした				⑫第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (例)交通事故やけんか等			
⑬被保険者振込先口座	金融機関名	×××銀行		支店名	新宿西			<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	NO. ×××××××	フリガナ	ケンポ タロウ			名義	健保 太郎

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	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()				転 帰 継続・治癒・中止・転医												
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用				円 摘要												
	施術内容欄	はり・きゅう		施術の種類														
				1術	回	2術	回											
		通所		円×	回=	円												
		訪問施術料 1		円×	回=	円												
		訪問施術料 2		円×	回=	円												
	訪問施術料 3(3人~9人)		円×	回=	円													
	訪問施術料 3(10人以上)		円×	回=	円													
電療料(加算)		円×	回=	円														
1.電気針 2.電気治療器 3.電気光線器		円×	回=	円														
特別地域(加算)		円×	回=	円														
往療料		円×	回=	円														
施術報告書資料(前回支給:)		円×	回=	円														
合計		円																
施術日	通所:○ 訪問1:① 往料:◎ 訪問2:② 訪問3:③	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
○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	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。 令和 年 月 日																	
	住所				免許登録番号	はり師												
	氏名				免許登録番号	きゅう師												
同意記録	電話番号																	
	保健所登録区分	1.施術所所在地		2.出張専門施術者所在地														
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	令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													

はり・きゅう師の方に
記入の依頼をしてください

上記のとおり申請いたします。

提出日 令和 年 月 日

備考欄

健保受付印

健保記入欄	決定額	円	資格	取得	平成 令和 年 月 日
	決定日	令和 年 月 日		喪失	平成 令和 年 月 日