

※申請者（社員）は赤枠内をご記載ください。ひと月ごとに1枚必要です

療養費支給申請書（令和7年4月分）（はり・きゅう用）

被保険者証等の記号—番号 1 - 12345	★を参照	○発病又は負傷年月日 令和7年4月2日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 頸腕症候群
被保険者欄 養を けた者 氏名 健保 太郎	(フリガナ) ケンポ タロウ	続柄 1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他	○業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他( )
昭平・令52年11月3日生			○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

記号

- AC : 1
- AT : 16
- AYF : 19
- AK : 24
- AKT : 26
- ATC : 27
- AKAM : 28
- AKHM : 29
- AKEP : 30
- TACO精機 : 31
- AKE : 32

※ご家族が療養を受けた場合は  
ご家族の氏名・性別・生年月日・続柄を記載

★番号⇒資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータルで確認してください。

※青枠内：施術所記載欄

往療料	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 訪問1①	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	
通所 訪問2②																																
往療 訪問3③																																
○往療又は訪問の理由（1. 徒歩による公共交通機関を便るの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他（ ））																																
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	令和 年 月 日	保健所登録区分	〒	所在地	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																											
免許登録番号	はり師	所在地		施術所名																												
免許登録番号	きゅう師	施術管理者名		電話																												

申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	〒 XXX-XXXX
	令和 7年 5月 11日	住所 ご自宅の住所を郵便番号から記載
	azbilグループ健康保険組合理事長 殿	被保険者 氏名 健保 太郎（※社員の名前）
		申請者（申請者） 電話 電話番号

※任意継続被保険者も必ずご記入ください

委任欄	被保険者（申請者） 健保 太郎（※社員の名前）	代理人事業主（口座名義人）	※緑枠内：事業主証明欄（任意継続者は緑枠内は不要）
-----	-------------------------	---------------	---------------------------

同意記録	同意医師の氏名 同意した医師の氏名を記載	住所 病院の住所を記載	同意年月日 令和 7年 4月 10日	傷病名 頸腕症候群	要加療期間 令和7年4月～ 令和7年9月
------	-------------------------	----------------	-----------------------	--------------	----------------------------

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理
- 「委任欄」は事業主を経由して給付しますので社員の方は委任
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要は

※医師が同意した年月日  
（同意書を確認してください）

※同意書の有効期間を記載

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本）
- 施術報告書（写し）
- 往療状況確認表
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書