



療養費支給申請書(はり・きゅう用)

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
						<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 女
	フリガナ					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				
氏名											
住所	〒										町名・番地
			都道府県		市区町村	アパート・マンション名					

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。					
	氏名				令和	年	月

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

次ページ以降も記入してください。

※健康保険組合使用欄	受付日	令和		年		月		日	組合受付印	事業所受付印
	同年月日	令和		年		月		日		
	決定日	令和		年		月		日		
	支払日	令和		年		月		日		



療養費支給申請書(はり・きゅう用)

被保険者(申請者)・施術者記入用

被保険者氏名, 申請期間, 令和 年 月

療養内容に関する事項: 療養を受けた者(フリガナ, 氏名), 生年月日, 性別, 傷病名, 発症又は負傷の原因及び経過, 業務上・外、第三者行為の有無, 施術した場所

施術者の記入: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名, 初検料, 施術料(はり・きゅう), 往療料, 費用額計

施術日: 1-31, 通所○, 往療◎

同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 電話, 傷病名, 要加療期間

※1か月単位(1日から末日)で1枚記入の上、「領収書(原本)」を添付して、所属する事業所の社会保険担当窓口(任意継続被保険者は直接JADECOMけんぽ)に提出してください。
※初めて施術を受け申請する場合は、「医師の同意書(原本)」を添付してください。また、6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合も、再度、保険医から同意書の交付を受け、提出する必要があります。