

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (●年 ●月分)【はり・きゅう用】

被保険者欄	被保険者等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店		
					電話(内線) 03-1234-5678(999)		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	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)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090 (7891) 2345 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp					
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子	療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和	●●年 ●●月 ●●日	
	発病又は負傷年月日	●●年 ●●月 ●●日		発病又は負傷の原因及びその経過	腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されない		
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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。		

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																											
	() 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			転 帰																											
	初検料 1はり 2きゅう	この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。			摘 要																											
	はり・きゅう																															
	通																															
	訪																															
	訪																															
	診療料	電療料(加算)				特別地域																										
	往療料	施術報告書				費																										
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
通所〇 訪問2②	往療〇 訪問3③	〇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	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																										
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																											

※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(申請書)	氏名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

金融機関	金融機関コード	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●● 銀行/信用金庫		●● 本店/支店		
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号	1234567	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

受付日付印

備考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※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	