健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書（ ●年 ●月分）【はり・きゅう用】

被保険者欄					
被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話（内線） 03-1234-5678（999）	
被保険者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ 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○○区○○町1－2－3 △△マンション456号室 電話 090 （7891） 2345		メールアドレス ○○△△@○○○.ne.jp		
療養を受けた者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ 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
発症又は負傷年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日		発症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	
			継続・治癒・中止・転医	
初検料 1はり 2きゅう			摘要	
施術料 はり・きゅう	通 訪 訪 訪 訪			
電療料（加算／				
特別地域				
往療料				
施術報告書交				
費				

この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。

施術日	訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ きゅう師

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

〒 －

住所

氏名 電話

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		

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状

☑①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。

□②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	健保 太郎
代理人（実際に給付を受領する者）	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報

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)	ケンポ タロウ

■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（被保険者証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