

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)

1/2
被保険者(申請者)記

記入例

被保険者情報	記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 年 1 月 1 1 日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ 堺 太郎			電話番号	0 8 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
	住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ○○県△△市□□1-1-1				

振込先指定口座	金融機関名称	ヒッコシ	銀行 (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)	サカイ	(本店) (支店) (本所) (出張所) (支所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義 (カタカナ)	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。 サ カ イ ハ ナ コ			口座名義の区分

受取代理人欄	被保険者氏名	堺 太郎		令和 7 年 2 月 25 日
	代理人の情報	住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ○○県△△市□□1-1-1	
	氏名	堺 花子	電話番号	080-1111-2222 委任者と代理人の関係 妻

申請内容	受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	家族の場合はその方の	【氏名】	【続柄】	【生年月日】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名	肩部関節痛		発症または負傷年月日 令和 6 年 1 1 月 2 2 日
	発症・負傷の原因・状況	<input checked="" type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> 業務外 【発症・負傷の原因】 ()		
	診療を受けた医療機関の情報	名称 ○○整骨院	所在地 ○○県△△市××2-3-4	施術者の氏名 柔整 次郎
	施術を受けた期間	令和 6 年 1 1 月 2 4 日 から 6 年 1 1 月 3 0 日 まで 日数 6 日		
10割負担した領収書の金額	6,000 円			

【添付書類】

① 施術に要した費用の領収書(原本)

② (初回請求の場合) 医師の同意書(原本)

※ 同意年月日から6ヶ月以内に複数回申請される場合は、初回の医師の同意書(原本)をコピーして保管し、2回目以降はコピーを添付してください。

※ 6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合、医師の再同意の同意書(原本)・施術者が医師へ提出した施術報告書のコピーを添付してください。

(変形性徒手矯正術は1ヵ月)

※ 初回施術から1年以上経過していて、1ヵ月の施術回数が16回以上の方は、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。

【注意事項】

※ 発病または負傷の原因が業務上・通勤途中の事故による場合は、労災保険給付に該当するため、健康保険組合から療養費は支給されません。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

記入例

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
			年 月 日			
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ)		続柄		○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 ()) ○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)	
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		請求区分	
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		新規・継続 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	
	はり・きゅう		施術の種類		1術 回 2術 回	
	通所				円	
	訪問				円	
	訪問施術料 2				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) 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円 × 回 = 円		
特別地域 (加算)				円 × 回 = 円		
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② 訪問2②						
往療③ 訪問3③						
○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。		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	
	令和 年 月 日		〒		-	
申 請 欄	免許登録番号		はり師 住所			
	免許登録番号		きゅう師 氏名		電話	
支 払 機 関 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。		〒		-	
	令和 年 月 日		申請者 (被保険者) 住所			
	殿		氏名		電話	
同 意 記 録	支払区分		預金の種類		金融機関名	
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
口座名義カタカナで記入		口座番号		郵便局		
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
				令和 年 月 日		
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日				
申請者 住所		氏名				
(被保険者)		住所				
代理人 住所		氏名				

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。