

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】

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	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)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		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	健保 花子		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発症または負傷の原因	医師による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ため			
	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																									
	平・令 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. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()				転帰 継続・治癒・中止・転医																								
	初回		1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用)				摘 要																								
	初検料																														
	2回目以降	はり																													
		はり(電気鍼)																													
		きゅう																													
		きゅう(電気鍼)																													
	往																														
往																															
施術報告書交																															
施術証明書	費用額計		円																												
	施術日 通院○ 往療◎	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																												
	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																									
	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)		施術所 所在地 名称		電話																										
備考		施術管理者 氏名																													
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																										

※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(申請者)	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の第一口座へのお振込みとなります。

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	口座名義人名 (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

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)				受付日付印
	※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				