

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者 (はり・きゅう用)

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

※整形外科などの重複治療の場合は申請できません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)		
	保険証の記号・番号 (右づめ)	被保険者の 所属・氏名		(フリガナ)	
	6 7 6 8				
	療養を受けた者の 氏名・生年月日等	(フリガナ)	生年月日	年齢	被保険 者との 続柄
		氏名	昭和 平成 令和	年 月 日	歳
	傷病名	発症又は負傷年月日 (療養開始日)		令和 年 月 日	
	発症・負傷の 原因及び経過			第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい	
	診療を受けた 施術所の	名称	施術者の氏名	施術に要した費用の額	
		所在地		円	
	受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。			
	受取方法	代理人			
	<input type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)			

は り 師 ・ き ゅう 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	転記																										
	年 月 日	自: 年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続	治癒・中止																										
	傷病	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症				適要																										
	初 回	1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用)				円																										
	2 回 目 以 降	◇はり		円×	回=	円																										
		◇はり(電気針併用)		円×	回=	円																										
		◇きゅう		円×	回=	円																										
		◇きゅう(電気温灸器併用)		円×	回=	円																										
		◇はり、きゅう併用		円×	回=	円																										
		◇はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用)		円×	回=	円																										
◇往療料 4kmまで		円×	回=	円																												
◇往療料 4km超		円×	回=	円																												
◇施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円×	回=	円																												
合 計						円																										
施術日	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
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																											
	はり師、きゅう師		住所																													
	免許登録番号	氏名		電話																												
同意 録 記	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																												
健 保 記 入 欄	施術区分	1. はり1術 2. きゅう1術 3. はり、きゅう併用	初回同意年月日	施術回数	医師の同意期間	年 月 日																										
			年 月 日	回		年 月 日																										
	支給回数	支給算出額(小数点以下切捨て)		支給決定額	支払印																											
	回			円																												

この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている主治医の同意書(医師の住所、氏名、病名等記載のもの)と、施術に要した費用の「領収書(原紙)」を添付してください。

また、施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)