

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

Table with 4 columns: 事業所, 担当, 健保, 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。

Main application form containing fields for submission date, insurance details, insured person information (安川 太郎), injury details (腰痛症), treatment location (中村針灸院), and payment information.

Table for treatment details (はり師・きゅう師記入欄) including treatment dates (00年10月15日), duration, number of days (5), and a detailed breakdown of charges totaling 9,710円.

Form for practitioner information (明欄) including the name of the practitioner (中村 一郎), address, and telephone number, along with a consent section for the treating physician (佐藤 二郎).

Form for insurance details (健保記入欄) including treatment type, payment count, and designated payment amount.

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。同意した医師の診察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。

※ 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。）