

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	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	業務上、通勤途上によるものですか	いいえ
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

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. 頸腕症候群 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	この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。			
	はり(電気)				
	きゅう				
	きゅう(電気)				
はり・きゅう					
はり・きゅう					
往					
往					
施術報告書交					
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。		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	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		
	施術管理者 氏名				
備考					
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	●●		
	預金種別	普通 当座	その他 ( )	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

## ■添付書類

- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
- 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	