

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

はり・きゅう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	—
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他()
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の高額療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請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
		代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名		
		氏名		被保険者との関係()

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	午前・午後 時頃	
	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他()			
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他()			
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他()			
		状況	具体的に詳しく			
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名			
		所在地	施術に要した費用		円	
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)				
同意記録	氏名	医療機関名 医療機関住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
同意医師						
再同意医師						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

はり師・きゅう師記入欄

患者氏名													
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()												
初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止				
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要

施術内容	初検料 (<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 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×	回 =	円
	訪問施術料 1	円×	回 =	円
	訪問施術料 2	円×	回 =	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/ <input type="checkbox"/> 電気料 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 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 (通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③)

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		

往療又は訪問の理由 独歩による公共交通機関を使つての外出困難
 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
 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)

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

氏名

電話番号 ()

保健所登録区分 (施術所所在地 出張専門施術者住所地) 免許登録番号 ()

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、正しい内容とはり師・きゅう師の署名(サイン)をご記入ください。