

療養費支給申請書(はり・きゅう)記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		はり・きゅう専用 (被保険者記入用)		
被保険者情報	① 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称 株式会社 ○○○○	
	② 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭・平・令 ××年×月×日	
	住所	〒100-0000 東京都渋谷区○○×-× △△マンション×××号	電話番号(日中の連絡先) 090 (××××) ××××	
		③ 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)	ケンポ タロウ	預金種別 普通・当座・その他() 口座番号 ×××××××	
④ 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	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)	氏名 住所 氏名 被保険者との関係()		
申請内容	⑤ 施術された方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑤ 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ	
	⑥ 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	頸腕症候群	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平(令) 6年12月1日 午前(午後) 3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	真実的に詳しく			
⑦ 施術を受けた施術所	名称 ○○鍼灸院 所在地 東京都新宿区△△×-×	施術者氏名 ○○○○	施術に要した費用 ×,×××円	
⑦ 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	健保 一郎	○○○○病院 東京都新宿区△△×-×	令和6年12月1日 頸腕症候群 6か月	
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。				
⑧ マイナポータル記入欄(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		
社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」資格情報のお知らせ「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられた場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の提出が必要となる場合があります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 健康保険扱いで、はり・きゅうの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。
- ①の被保険者等記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

保険適用となる疾病

主に下記6疾病であり、慢性病で保険医による適当な治療手段がない場合に限り保険適用となります。
 対象となる疾病: 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症
 ※神経痛・リウマチなど同等の慢性的な痛みを主な症状とするものについては上記以外でも認められることがあります。
 はり・きゅうの対象疾病であっても、同時に同疾病の治療を医療機関で行っている場合は対象外となります。

疲労回復・慰安・予防を目的とする施術は対象外となります。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。

添付書類

注: 同意書、再同意書の交付に当たっては、医師による診察が必要となります。

領収書の原本	診察に要した費用の全額を自己負担していることが確認できる領収書の原本
医師の同意書(施術報告書)	初回 診察のもと、あんま・マッサージの施術を受けることを認める医師の同意書 6か月ごと 6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察を受けた医師からの再同意書と再同意に当たり、あんまマッサージ指圧師から交付された施術報告書の写し

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。