

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(年 月分)【はり・きゅう用】

被 保 険 者 欄	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
	被保険者氏名	(フリガナ)		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス			
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	発病又は 負傷年月日		年 月 日	発症又は負傷の原因 及びその経過			
	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		
		※「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。	

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																												
	() 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																											
	初検料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用	円				摘 要																											
	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	円																												
		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/ 1電気針 2電気温灸器 3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	訪問1①	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																

○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 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 3. その他())

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。	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	〒	-		
	免許登録番号	はり師	住所		
免許登録番号	きゅう師	氏名	電話		
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		

振 込 先 情 報	金融機関コード	支店コード			
	金融機関名称	銀行/信用金庫			本店/支店
	預金種別	普通 当座 其他()	口座番号	口座名義(カタカナ)	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

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)	
	※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	