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】

※消えないボールペンでご記入ください。

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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）	〒			
	電話		メールアドレス	
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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。

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 施術料	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／ 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 通所○ 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
訪問1① 訪問2② 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っての外出困難 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。

令和　年　月　日

免許登録番号　はり師

免許登録番号　きゅう師

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

〒　－

住所

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		

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

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	その他（　）	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

☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。

東和薬品健康保険組合

(2026.5.11)