

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	被保険者生年月日	昭和	●●年	●●月	●●日
		健保 太郎		平成			
	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			メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	療養を受けた者の生年月日	昭和	●●年	●●月	●●日
	発病又は負傷年月日	●●年 ●●月 ●●日	発病又は負傷の原因及びその経過	平成	令和		
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。					

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		転 帰																															
初検料			継続・治癒・中止・転医																															
1はり 2きゅう			摘 要																															
はり・きゅう																																		
通																																		
訪																																		
訪																																		
訪																																		
電療料(加算)																																		
特別地域																																		
往療料																																		
施術報告書																																		
費																																		
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())																																		

この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。

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	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
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	1234	支店コード	123		
	金融機関名称	●● 銀行/信用金庫	●●	本店/支店		
	預金種別	普通 当座	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンボ タロウ

■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	