

~~被保險者~~
~~被扶養者~~

療養費支給申請書【はり・きゅう用】

個人番号（被保険者等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																			

被保険者情報	被保険者等の 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 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏 名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生 年 月 日 昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	※健保事務処理センター(03-6709-8031)より申請内容について 電話確認をする場合がありますので必ずご記入ください。
	住 所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3			
	社内携帯電話	(000) 0000-0000		電話番号	(0101) 00-0000
	療養を受けた者 の氏名	健保 花子		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発症または 負傷の原因	医師による腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されないため			
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		令和 年 月 日		施術期間		実日数		請求区分																								
	平・令 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																								
	初回		1. はり		2. はり(電気鍼併用)		3. きゅう		4. きゅう(電気温灸器併用)																								
初検料		この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。																															
2回目以降																																	
はり																																	
はり(電気鍼)																																	
きゅう																																	
きゅう(電気鍼)																																	
はり・きゅう																																	
はり・きゅう																																	
往																																	
往																																	
施術報告書交																																	
		費用額計					円																										
施術日 通院○ 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
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		登録記号番号(申し出た施術者登録番号)					施術所 所在地 名 称					電話																					
		施術管理者 氏 名																															
備考 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																					

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和	年	月	日
	被保険者(申請者)	氏 名				
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名				

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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 ●●		
	預金種別	普通 当座	その他 () 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

受付目付印