健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【はり・きゅう用】

手書きの場合は、消えないボールペンでご記入下さい

被保険者情報・申請内容	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇	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）
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者 生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住所 電話番号等	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話番号 090（7891）2345 メールアドレス 〇〇△△ @ 〇〇〇.ne.jp			
	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	発症または 負傷の原因	関節が腫れて痛む		交通事故等で 第三者が原因か	いいえ
		施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）			

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	要																										
	はり・きゅう																															
	通所																															
	訪問施術料 1																															
	訪問施術料 2																															
	訪問施術料 3 (3人～9人)																															
	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																															
通所②	訪問2②																															
往療③	訪問3③																															
〇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	〒			
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		

委任状	☒ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック✓して下さい。	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	☐ ②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。	
	被保険者 (申請者) 氏名 健保 太郎	
代理人 (実際に給付を受領する者) 氏名		

振込先情報	金融機関名称	任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	番号	
	預金種別		普通	
備考	個人番号 (被保険者等記号・番号を記入 ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号①通知カードの写し ②個人番号記載の・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		受付日付印	
	☐ 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。			