

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

はり・きゅう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		印 ← 自署の場合は押印を省略できます。				
	住所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称							

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—				
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座				

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ						
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄()			
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日			
	発病又は負傷の 原因及び状況	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他()								
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他()								
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他()								
		状況	具体的に詳しく								
	施術を受けた施術所	名称			施術者氏名						
		所在地			施術に要した費用	円					
施術期間(支給期間)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日まで	(日数	日)
同意記録	氏名	医療機関名 医療機関住所		同意年月日	傷病名	要加療期間					
	同意医師										
	再同意医師										

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。


受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

はり師・きゅう師記入欄	患者氏名											
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止		
	施術期間	平成 令和 平成 令和	年	月	日	から	実日数	日	摘要			
	施術内容	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)							円		
		2回目以降	はり						円×	回=	円	
			はり(電気針併用)						円×	回=	円	
			きゅう						円×	回=	円	
			きゅう(電気温灸器併用)						円×	回=	円	
		はり・きゅう併用						円×	回=	円		
はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)						円×	回=	円				
往療料 4km まで						円×	回=	円				
往療料 4km 超						円×	回=	円				
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円×	回=	円				
合計									円			
施術日	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										
【往療が行われた場合】往療を必要とした理由を必ずご記入ください。また、「往療状況確認表」を添付してください。												
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												
はり師・きゅう師												
住所												
氏名												
 電話番号 ()												
保健所登録区分 (<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地) 免許登録番号 ()												