

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	(フリガナ)						
	住所	〒			—			
	電話番号 (日中の連絡先)	()						
事業所名称	提出委任			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

【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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" 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
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。

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

受付日付印

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	年	月	日	まで	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 4 km まで										円×	回=	円																				
往療料 4 km 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 ()																	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を抹消し、正しい内容と、はり師・きゅう師の署名(サイン)をご記入ください。

(R4.3)