

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (償還払い) 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・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	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・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(口座名義人)	住所				
			氏名	被保険者との関係()			

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・平・令 年 月 日 続柄()		
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因 経過				
	施術を受けた施術所	名称	所在地	施術者氏名	施術に要した費用 円	
	施術期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)				
	同意記録	氏名	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。

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。)

受付日付印

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

健康保険 療養費 支給申請書 (はり・きゅう施術者記入用)

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"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	初療年月日	平・令 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・令 年 月 日 から 平・令 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		
	往療料	4 km まで	円×	回=	円			
		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。								
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 ()								