

# 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	被保険者等	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )

【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	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・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。

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(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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・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	初検料 ( <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はりきゅう併用 )											円																			
	施術料	はり・きゅう											施術の種類 ( 1術 回 ) ( 2術 回 )																		
		通所											円	×	回	=	円														
		訪問施術料 1											円	×	回	=	円														
		訪問施術料 2											円	×	回	=	円														
		訪問施術料 3 ( 3人~9人 )											円	×	回	=	円														
	訪問施術料 3 ( 10人以上 )											円	×	回	=	円															
	電療料 ( 加算 / <input type="checkbox"/> 電気料 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 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 ( 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ )																															
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
往療又は訪問の理由 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
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 )																															
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、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。