

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】

被保険者（申請者）・申請内容	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名(自署)	フリガナ						
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒 電話 ()						
	療養を受けた者の氏名	療養を受けた者の生年月日			昭和 平成 令和	年	月	日
	発症・負傷の原因およびその経過	交通事故等第三者が原因ですか			いいえ ・ はい			

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		実日数	日	請求区分	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																				
	初回	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)									摘要																					
	2回目以降	はり	円	×	回	=	円																									
		はり(電気鍼併用)	円	×	回	=	円																									
		きゅう	円	×	回	=	円																									
		きゅう(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																									
費用額計		円																														
施術日通院○ 往療◎	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
施術証明書	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																									
備考	令和 年 月 日 登録記号番号(申し出た施術者登録番号) 施術所 所在地 名称 電話 施術管理者 氏名																															
同意記録	同意医師の氏名	住所			同意年月日	令和 年 月 日		傷病名	要加療期間																							

※被保険者(申請者)名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	<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希望する(希望者は☑、希望しない場合は下記に記入)				
	金融機関名称	銀行 信用金庫		本店 支店	支店番号
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義(カタカナ)	

備考	個人番号(健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード(両面)の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本(①が提出できない方のみ)	
添付書類	1. 医師の同意書(初回と6ヵ月に一度は必ず必要) 2. 領収書(原本) 3. 施術報告書の写し ※施術報告書交付料が含まれる場合。	

受付日付印