

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 1 | 番号 123456 | 生年月日 | 昭平令 55年11月22日 |
| | 氏名（自署） | フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 | | | |
| | 申請者住所 電話番号等 （日中の連絡先） | 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090（1234）〇〇〇〇 | | | |
| | 療養を受けた者 の氏名 | 健保 太郎 | 療養を受けた者 の生年月日 | 昭平令 55年11月22日 | |
| | 発症・負傷の原因 およびその経過 | 不詳。痺れが続いている | | 交通事故等 第三者が原因ですか | いいえ・はい |

| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | |
|-------------------|---|---|------------------------------|-------------------------|-------|
| | 平令年 年月日 | 令和年 年月日～令和年 年月日 | | | 日 |
| 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 | |
| 施術内容欄 | 2回目以降 | この欄は、はり・きゅう施術者に記入を依頼してください | | | |
| | 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 | |
| | 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 施術管理者 氏名 | 電話 | |
| 備考 | | | | | |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

※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 | 本店 支店 | | 支店番号 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 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） | 受付日付印 |
| | ※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。 | |