

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	昭和・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 の氏名				療養を受けた者の 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		施術期間		実日数	請求区分																							
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		日	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																						
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用				円	摘 要																					
	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(3～9人)		円 ×	回 =	円																						
			訪問施術料 3(10人以上)		円 ×	回 =	円																						
	電療料(加算/1 電気針・2 電気温灸器・3 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○ 訪問1① 往療○ 訪問2② 訪問3③	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																											
往療または訪問の理由		1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 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 3. その他 ()																											
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																												
備考	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)		施術所		所在地		電話																						
	_____		_____		名称		氏名																						
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	☐ 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