

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)
被扶養者

【申請日】 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		記号	番号	生年月日	
	被保険者の氏名 (申請者)		(フリガナ)		昭和・平成 年 月 日	
	住所		郵便番号	-	電話番号(日中のご連絡先)	
	被扶養者の氏名 (家族が受診した場合)		(フリガナ)		続柄	生年月日
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		発症又は負傷の原因及びその経過			
	発症又は負傷の年月日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 業務によるもの <input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> その他()	
	振込先 (被保険者名義の口座)		金融機関名	支店名	種別 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通	口座番号

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分
	平成 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 継続・治癒・中止	
	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		円×	回=	円		
		きゅう		円×	回=	円		
		はり・きゅう併用		円×	回=	円		
	電療料	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具		円×	回=	円		
		往療料 4kmまで		円×	回=	円		
	加算 (km)		円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円		
合計						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						
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		所在地		保健所登録区分 1. 施術所所在 2. 出張専門施術者所在地		
はり師免許登録番号				所在地		施術所名		
きゅう師免許登録番号				所在地		施術者名 電話		
同意記録	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名	
					令和 年 月 日		要加療期間	

常務理事	事務長			
------	-----	--	--	--

受付日付印

<注意事項>
 ・領収書の原本を必ず添付してください。
 ・医師の同意書(原本)は初回申請時に必須となります。
 以降6ヶ月ごとに再同意書を添付ください。
 ・施術報告書交付料を算定されている場合は、施術報告書の写しを添付ください。
 ・振込先口座は必ず被保険者名義の口座をご記入願います。