

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者（申請者） 情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	従業員 番号	※事業主から指示があった場合のみ記入	
	事業所	会社 名称	所属 部署			
	氏名	(フリガナ)		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	電話番号 (日中の連絡先) () ()
	住所	(〒) () ()	都 道 府 県			

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）
	家族の場合その方の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気 ➡ 発病時の原因 () <input type="checkbox"/> ケガ ➡ 「負傷原因届」を併せて提出

受取方法	1 <input type="checkbox"/>	被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、 1236、1240 ➡本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1（事業主経由で支給）	指定口座	<input type="checkbox"/> a. 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 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します
	2 <input type="checkbox"/>	被保険者等の記号1219の任意継続の方 ➡ 登録口座へ振込み		<input type="checkbox"/> b. 以下指定口座への振込を希望します
	3 <input type="checkbox"/>	1、2以外の方 ➡ 指定口座（被保険者名義）に振込み 3. を選択した場合、右記a. bどちらか記入		金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本所 支所 その他 () 支店コード () 出張所

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任扱いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

施術者が証明するところ	1 初療年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止																								
	2 施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	実日数	日																					
	3 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩	業務上・外、 第三者行為の有無		<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()	業務上・外、 第三者行為の有無		<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> その他																									
	4 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	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	円×	回=	円																												
	往療料	() kmまで	円×	回=	円																												
		() km超	円×	回=	円																												
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円																													
合計											円																						
5 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
6 施術証明欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました										〒																						
	令和	年	月	日	所在地 名称	電話番号						氏名	<input type="checkbox"/>																				
	免許登録番号	はり師									氏名	<input type="checkbox"/>																					
	免許登録番号	きゅう師									氏名	<input type="checkbox"/>																					
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日(和暦)	傷病名	要加療期間																												

マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

受付印	支払印
-----	-----