

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう) 被保険者(申請者)・施術者記入用

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	保険証	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	
	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	<input type="checkbox"/> 1	保険証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								
	<input type="checkbox"/> 2	被保険証の記号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								
	<input type="checkbox"/> 3	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		<table border="1"> <tr> <td>金融機関名称</td> <td>銀行 金庫 信組 本店 支店</td> </tr> <tr> <td></td> <td>農協 漁協 本所 支所</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他 () 支店コード () 出張所</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td><input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>当座 <input type="checkbox"/>口座番号</td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td>▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。満点(●)、半満点(◐)は1字として記入)</td> </tr> </table>	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	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号
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											
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号											
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。満点(●)、半満点(◐)は1字として記入)											

※「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 <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		所在地名称	氏名			
	令和 年 月 日	免許登録番号	はり師	電話番号			
		免許登録番号	きゅう師	氏名			
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		

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付印	支払印
-----	-----