

記入例

被保険者
家 族

療養費支給申請書（はり・きゅう）

令和6年9月30日施術まで

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	1 2 * *	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	〇〇〇〇(株)		所属 部署	〇〇工場																												
	氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ		確認欄	内容確認の上、確認欄にチェック☑ 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	☒ 昭和 ☒ 平成	1	年	10	月	10	日	電話番号 (日中の連絡先)	080	(* * * *)	* * * *																						
申請内容	住所	(〒 * * * * - * * * *)	東京		都 道 府 県	日野市〇〇町1-1		△△マンション101																										
	1 受診者	☐ 被保険者 ☒ 家族（被扶養者）																																
	家族の場合その方の氏名	健康 花子					生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	2	年	2	月	2	日																				
	2 傷病名	リウマチ					3 発病または 負傷年月日	☒ 平成 ☐ 令和	30	年	1	月	1	日																				
受取方法	4 発病の原因および経過	☒ 病気 ⇒ 発病時の原因 (不 詳) ☐ ケガ ⇒ 「負傷原因届」を併せて提出																																
	1 ☒	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※！（事業主経由で支給）					指定口座	☐ 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 ☐	被保険者等の記号1219の任意継続の方 ⇒ 登録口座へ振込み						☐ b. 以下指定口座への振込を希望します																										
	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						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 ☐ 普通 ☐ 当座 口座番号 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入) 口座名義																										
施術者が証明するところ	※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払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																																	
	1	☐ 昭和		月	日	請求区分	☐ 新規 ☐ 継続		転帰	☐ 治療 ☐ 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	☐ 神経症 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩		☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()		業務上・外、 第三者行為の有無		☐ 業務上 ☐ 第三者行為 ☐ 通勤途上 ☐ その他																										
	4 初検料	☐ はり ☐ きゅう ☐ 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 免許登録番号 〇〇〇〇〇〇 はり師 電話番号 〇〇〇〇〇〇 免許登録番号 〇〇〇〇〇〇 きゅう師 氏 名 〇〇〇〇〇〇																																	
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