

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●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

被保険者欄	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	昭和・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	受診者	☐ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）				
	家族の場合 その方の氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	傷病名			発病または 負傷年月日	平成・令和	年 月 日
	発病の原因 および経過	☐ 病気（発病の原因） ☐ ケガ ➡「負傷原因届」を併せて提出				
	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（		施術した場所 (上記住所と異なる場合)		
受取方法	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※1（事業主経由で支給）		☐ 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（ ） 出張所		
			預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	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。濁点(・)、半濁点(゜)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

施術者が証明するところ	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																															
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続																															
	傷 病 名	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頰腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他（)																																		
	初 検 料	☐ はり ☐ きゅう ☐ はり・きゅう併用 円																																		
	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人～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	訪問1①	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				
通所○ 訪問2②	月																																			
往療◎ 訪問3③																																				
○往療又は訪問の理由（ 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 欄	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																〒 -																			
	免許登録番号																はり 師				住 所															
同 意 記 録	免許登録番号																きゅう 師				氏 名				電 話											
	同意医師の氏名																住 所				同 意 年 月 日				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。

R6.10改訂