

|     |      |     |   |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|     |      |     |   |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

(令和 年 月 日 施術分)

1 施術日毎の領収書（原本）を添付してください。  
2 初診月、及び前回の同意より6ヶ月を超えた場合は医療機関の医師に再度同意を受け、同意書（原本）を添付してください。  
3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書」を添付してください。  
4 往診がある場合には、往診料の計算のわかる明細と往診を必要とする理由を摘要欄に記載してください。

|                  |                                                                           |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------------|-----|---------------|--------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者が記入するところ     | 被保険者の記号番号                                                                 | —                                                                                                       |                                                         | 事業所名                                                                                |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名と印                                                                  | フリガナ                                                                                                    |                                                         |                                                                                     | 被保険者住所                 | 〒 — (電話番号 — — ) |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 療養を受けた者の氏名                                                                |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     | 生年月日                   | 昭和<br>平成<br>令和  | 年       | 月               | 日                     | 続柄  |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 傷病名                                                                       |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     | 発病又は<br>負傷原因及び<br>その経過 |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 傷病又は負傷の年月日                                                                | 平成<br>令和                                                                                                | 年                                                       | 月                                                                                   |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 業務上の負傷ですか                                                                 | はい ・ いいえ                                                                                                |                                                         |                                                                                     | 第三者の行為による負傷ですか         |                 |         |                 | はい ・ いいえ              |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 振込先希望口座<br>(被保険者)                                                         | □ 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<br>(利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください)<br>③ 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません |                                                         |                                                                                     |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通・当座            |                                                                           |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     | 銀行・金庫<br>信組・農協<br>郵便局  |                 |         | 本店<br>支店<br>出張所 | 口座番号                  |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |                        |                 |         |                 | 被保険者名<br>(フリガナ)       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| はり師・きゅう師が記入するところ | 施<br>術<br>内<br>容<br>欄                                                     | 初 療 年 月 日                                                                                               |                                                         | 施術期間                                                                                |                        | 自：令和 年 月 日      |         | 至：令和 年 月 日      |                       | 実日数 |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 平成・令和 年 月 日                                                                                             |                                                         |                                                                                     |                        |                 |         |                 |                       | 日   |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 傷病名                                                                                                     | 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩<br>5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 ( ) |                                                                                     |                        |                 |         |                 |                       |     | 請求区分<br>新規・継続 |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | 初回                                                      | 1 はり 2 はり (電気鍼併用) 3 きゅう 4 きゅう (電気温灸器併用)<br>5 はり、きゅう併用 6 はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用) 円    |                        |                 |         |                 |                       |     |               | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医 |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 2回目以降                                                                                                   |                                                         | はり                                                                                  |                        |                 |         | 円× 回＝ 円         |                       |     |               | 摘 要                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | はり (電気鍼併用)                                              |                                                                                     |                        |                 | 円× 回＝ 円 |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | きゅう                                                     |                                                                                     |                        |                 | 円× 回＝ 円 |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | きゅう (電気温灸器併用)                                           |                                                                                     |                        |                 | 円× 回＝ 円 |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | はり、きゅう併用                                                |                                                                                     |                        |                 | 円× 回＝ 円 |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           |                                                                                                         | はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)                                  |                                                                                     |                        |                 | 円× 回＝ 円 |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 往 療 料 4kmまで                                                                                             |                                                         |                                                                                     |                        | 円× 回＝ 円         |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 往 療 料 4km超                                                                                              |                                                         |                                                                                     |                        | 円× 回＝ 円         |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 施術報告書交付料<br>(前回支給： 年 月分)                                                                                |                                                         |                                                                                     |                        | 円               |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 合 計                                                                                                     |                                                         |                                                                                     |                        | 円               |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                           | 施術日<br>通院○<br>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 |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。住所<br>令和 年 月 日<br>免許登録番号 是り師 氏名<br>免許登録番号 きゅう師 電話 |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |                        |                 |         |                 |                       |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 同意医師の氏名                                                                   |                                                                                                         | 住 所                                                     |                                                                                     | 同意年月日                  |                 | 傷 病 名   |                 | 要加療期間                 |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同意記録             |                                                                           |                                                                                                         |                                                         |                                                                                     | 令和 年 月 日               |                 |         |                 | 令和 年 月 日<br>～令和 年 月 日 |     |               |                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2023.3  
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です)

受付印

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|