

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

はり・きゅう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	マイナンバー(被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください)			
	氏名	(フリガナ)					
			(押印不要)	生年月日	昭・平	年	月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		
口座名義	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人		

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(口座名義人)	住所				
			氏名				
			氏名				被保険者との関係( )

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄( )	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年 月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因				
		経過				
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名			
		所在地	施術に要した費用			円
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)				
	同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師					
再同意医師						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

はり師・きゅう師記入欄

患者氏名																																																																																							
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																																						
初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																																																																														
施術期間	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																																																																										
施術内容	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																																																																										
	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 / <input type="checkbox"/> 電気料 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 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 ( 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ )																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								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																																
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																																																								
往療又は訪問の理由 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																																							
施術した場所 ( 入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載 )																																																																																							
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日																																																																																							
はり師・きゅう師 住 所 氏 名 電話番号 ( ) 保健所登録区分 ( <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地 ) 免許登録番号 ( )																																																																																							

【 必要な添付書類 】

- ① 「領収書(原本)」 (金額、患者名、施術日、施術者名の記載、領収印のあるもの)
- ② 「医師の施術同意書(原本)」  
 同意期間内において2回目以降の申請については、省略または写しの添付で差し支えありません。  
 初療日から6か月を経過した時点で、更に療養を受ける場合は、再度医師の診察を受け施術同意(再同意)を受ける必要があります。
- ③ 「施術報告書(写し)」  
 施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを添付してください。
- ④ 「往療状況確認書」(別紙)  
 往療による施術を受けた場合は、施術者が作成した「往療状況確認書」を添付してください。