

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)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	-)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		<input type="text"/>	

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
	1 - ①受診した者の	氏名 <input type="text"/> 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 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ
	5 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 1. 勤務中 2. 通勤中 3. 交通事故 4. その他 ()

受付日付印

「施術者記入用」は2ページに続きます。>>>



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)

施術者記入用

施術者記入欄	初療年月日	平・令 年 月 日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止																											
	施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日																													
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()																																
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用					円	摘要																										
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																																
費用総額						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																																
往療◎	訪問3③	月																															
往療又は訪問の理由	1. 徒歩による公共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 ()																																
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。						令和 年 月 日																											
施術所の所在地																																	
施術所の名称																																	
施術者の氏名																																	
電話 ()																																	
同意記録	同意 医師氏名					住所																											
	同意年月日	令和 年 月 日	傷病名			要加療期間																											

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)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	45	52	5	55 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎						
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△ 都 道 △△市△△番△△号 △△ 府 県 △△△マンション601						
電話番号(日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111								

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	金融機関名称	○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456 右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		
	ケンポ° タロウ			

申請内容	1 受診者	1 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1-①受診した者の	氏名 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 5 月 25 日
	2 傷病名	神経痛	3 発病または負傷年月日	令和 7 年 1 月 10 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	1. 病気 (原因および経過) 原因は不明。ぴりぴりした痛みが続く。 2. ケガ		
	5 負傷の原因	4 1. 勤務中 2. 通勤中 3. 交通事故 4. その他 (不明)		

受付日付印

「施術者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)

施術者記入用

施術者記入欄	初療年月日	平・令 年 月 日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止
	施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日		
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					

初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	円	摘要
	はり・きゅう	施術の種類	

施術者記入欄
 ※被保険者は記入しないでください。
 ※施術者に記入を依頼してください。

費用総額	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																																
往療◎	訪問3③	月																															

往療又は訪問の理由 1. 徒歩による公共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 ()

上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日

施術所の所在地
 施術所の名称
 施術者の氏名
 電話 ()

同意記録	同意 医師氏名	住所	
	同意年月日	令和 年 月 日	傷病名