

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1

2

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="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-	)	都	道	府
電話番号(日中の連絡先)	TEL	(	)				

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が請求する場合は記入してください。					
	金融機関名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協	出張所	本所	支所
	その他(	)				
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 3. 別段	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 4. 通知				
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"/>					※被保険者名義の口座を記入すること

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者	<input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)				
	1 - ①受診した者の	氏名	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)				
	<input type="checkbox"/> 2. ケガ						
5 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 1. 勤務中	<input type="checkbox"/> 2. 通勤中	<input type="checkbox"/> 3. 交通事故	<input type="checkbox"/> 4. その他(	)		

受付日付印

「施術者・事業主記入用」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)

1

2

施術者・事業主記入用

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 1 ①	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 2 ②																														
往療	訪問 3 ③	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																								

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	電話 ( )

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1

2

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	
	被保険者の(右づめ)	11	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	45	525	55 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎				
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )	△△ 都道府県	△△市△△番△△号 △△△マンション601			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111						
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。							

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が請求する場合は記入してください。		
	金融機関名称	〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	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 ※被保険者名義の口座を記入すること		

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 45 年 5 月 25 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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	1術 回	2術 回																									
施術料	<h2>施術者記入欄</h2> <p>※被保険者は記入しないでください。</p> <p>※施術者に記入を依頼してください。</p>																													
施術	実用総額 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																												
	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																										

事業主記入欄	上記のとおり相済ませました。					
	<h2>事業主記入欄</h2> <p>※被保険者は記入しないでください。</p>					
社会保 提出代行	社会保 提出代行 〇〇〇〇〇〇〇〇					