

☐ 被保険者  
☐ 被扶養者

療養費支給申請書（R4年1月分）（はり・きゅう用）

被保険者記入欄

|                                                                                          |                 |                                    |                                   |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 記号・番号                                                                                    | * - * * * *     | 事業所（会社名）                           | * * * * *                         | 氏名No.              |
| 被保険者氏名                                                                                   | * * * * *       | 所 属                                | * * * * *                         | * * * * *          |
| 受療を受けた者                                                                                  | 氏 名             | 続 柄                                | 生 年 月 日                           |                    |
|                                                                                          | 健保 一郎           | 長男                                 | 昭和<br>平成<br>令和 * * 年 * * 月 * * 日生 |                    |
|                                                                                          | 傷病名             | * * * * *                          | 発病又は負傷年月日                         | 令和 * 年 * * 月 * * 日 |
|                                                                                          | 発症又は負傷の原因及びその経過 | * * * * * * * * * * * * * * * *    |                                   |                    |
|                                                                                          | 業務上・外、第三者行為の有無  | □業務上 □第三者行為である □どちらとも該当しない □その他（ ） |                                   |                    |
| 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を請求します。<br>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入は不要です） |                 |                                    |                                   |                    |
| 〒* * * * - * *<br>令和 * 年 * * 月 * * 日 被保険者 住所 * * 市 * * 区 * * 町 * - *                     |                 |                                    |                                   |                    |
| 申請書を記入した日付を記入してください（申請者）<br>氏名 健保 太郎                                                     |                 |                                    |                                   |                    |
| 振込先                                                                                      | 銀行              | 支店                                 | 口座番号                              | 口座名義（カナ）           |
| ※退職者のみ記入                                                                                 |                 | 普通                                 |                                   |                    |

施術者（はり・きゅう師）記入欄

|                      |                                                        |                                                                                     |                                                  |       |       |
|----------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|-------|
| 初療年月日                | 施 術 期 間                                                | 実日数                                                                                 | 請 求 区 分                                          |       |       |
| 令和 年 月 日             | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日                                  | 日                                                                                   | 新 規 ・ 継 続                                        |       |       |
| 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（ ） |                                                                                     | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医                               |       |       |
| 初検料                  | 1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用                                   | 円                                                                                   | 摘 要                                              |       |       |
| 施 術 内 容              | はり                                                     | 円× 回＝ 円                                                                             | ※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 _____<br>施術日 _____ 日 |       |       |
|                      | きゅう                                                    | 円× 回＝ 円                                                                             |                                                  |       |       |
|                      | はり・きゅう併用                                               | 円× 回＝ 円                                                                             |                                                  |       |       |
|                      | 電療料<br>1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具                          | 円× 回＝ 円                                                                             |                                                  |       |       |
| 往 療 料                | 4 km まで                                                | 円× 回＝ 円                                                                             | 施 術 者 が 記 入                                      |       |       |
| 往 療 料                | 4 km 超                                                 | 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<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。                               | 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 はり師・きゅう師                                      | 所在地                                                                                 |                                                  |       |       |
|                      | はり師免許登録番号 _____<br>きゅう師免許登録番号 _____                    | 施術所名<br>施術管理者名                                                                      | 電話                                               |       |       |
| 同意記録                 | 同 意 医 師 の 氏 名                                          | 住 所                                                                                 | 同意年月日                                            | 傷 病 名 | 要加療期間 |
|                      |                                                        |                                                                                     | 令和 年 月 日                                         |       |       |

【注意事項】 申請書は暦月を単位として作成してください。

【添付書類】 ☐領収書（原本）：全額自己負担額の記載、受療者氏名、施術日、領収印があるもの

【その他添付資料（該当する場合）】  
☐医師の同意書（原本）：初回受療時および、前回の同意から6ヶ月が経過する毎に必要となります。  
☐施術報告書（写し）：施術報告書交付料の申請を行う場合  
☐往療状況確認書：往療の施術を受けた場合、施術者等へ記入を受け申請書へ添付してください。  
☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書