

組合 使用 欄	支給年月日	年	月	日	支給額							常務理事	事務長	担当
	資格取得日	年	月	日										
	資格喪失日	年	月	日										

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

被 保 険 者 情 報	記号・番号	・	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名・印	(ワカナ)						ⓐ *自署の場合は押印を省略できます
	住所	〒 -						
		TEL (携帯可) - -						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は ☑)								

申 請 内 容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名	生年 月日	昭和 平成	年	月	日		
		<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)								
	傷病名						発病または 負傷年月日	年	月	日
	傷病の原因 及び経過									
	施術を受けた期間	年			月	日	~	年	月	日
施術に要した 費用の額	円	業務上、または通勤途上での傷病ですか		第三者行為(交通事故・暴行など)によるものですか						
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					

振 込 先	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義(カタカナ)
			普通	

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
 ● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
 【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 術 者 (鍼 灸 師) が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	年	月	日	施術期間	年	月	日	~	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医															
	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																															
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用																															
	施 術 内 容	はり									円	×	回	=	円	摘 要																	
		きゅう									円	×	回	=	円																		
		はり・きゅう併用									円	×	回	=	円																		
		電療料																															
	往 療 料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具										円	×	回	=		円																
		2 kmまで										円	×	回	=		円																
		加算 (km)										円	×	回	=		円																
	合 計																																
	施術日	年 月 (通院○・往療◎)																															
		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ました。 住所(所在地) 施 術 所 名 施 術 者 登 録 番 号 鍼 灸 師 氏 名																															
		ⓐ TEL - -																															

同 意 記 録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	記入者氏名
			年 月 日			

【添付書類(原本を添付)】
 ● 領収書 ● 医師の同意書 (初療は同意書必須、再同意は被保険者又は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可)
 * 同意書の有効期限: 要加療期間又は初療/再同意から最長3ヶ月

同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患 者	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
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			
発病年月日	年	月	日	
初診年月日	年	月	日	
往 療	1. 必要 (理由: _____) 2. 不要			
備 考 (加療期間等)				

上記のものについては、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関

保 険 医 氏 名

Ⓜ

電 話 番 号

医 療 機 関 コー ド