

支給決議書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理	扱者
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支給額	百万 拾万 万 千 百 拾 円				
	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日	扶養認定日 年 月 日

KW

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (はり・きゅう用 第 回目)
被扶養者

令和 年 月 日提出 被保険者記入用 (1/2)

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		事業所名称	業務の種類 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	住所	〒 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()	e-mail (任意)		
	療養を受けた者の氏名	被保険者との続柄 ()		療養を受けた者の生年月日及び年齢	昭和 平成 年 月 日 令和 (歳)
	傷病名	平成 ・ 令和 年 月 日		傷病又は負傷原因及びその経過	
	発病または負傷の年月日				
業務上の負傷ですか? はい ・ いいえ			第三者行為によるものですか? はい ・ いいえ		

振込先指定口座	金融機関名称 ※金融機関種別に○で囲んでください	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関記号	
	支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	支店出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

はり師・きゅう師記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者氏名

令和 年 月 日提出

はり師・きゅう師記入用 (2/2)

初療年月日		施術期間	令和 年 月 日から		実日数	請求区分																									
令和 年 月 日			令和 年 月 日まで				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 5. 腰痛症					転 帰																									
	6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					継続・治療・中止・転移																									
初検料 1はり 2きゅう 3はり・きゅう併用		円				摘要																									
施術者記入欄	はり・きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回	※訪問または往療を必要とする理由はこちらに記入ください																									
	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 (3~9人)		円 ×	回 =	円																										
	訪問施術料3 (10人~)		円 ×	回 =	円																										
	電療料 (電気針・電気温灸器・電気光線器具)		円 ×	回 =	円																										
	特別地域加算		250 円 ×	回 =	円																										
往療料 16kmまで		円 ×	回 =	円																											
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		円 ×	回 =	円																											
費用額合計		円																													
施術日 (通所○、往療◎、訪問①、訪問②、訪問③)		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																													
		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																									
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。																															
令和 年 月 日																															
所在地																															
施術所名称																															
免許登録番号		はり師		氏 名																											
免許登録番号		きゅう師		電 話 番 号																											
同意記録	同意医師の氏名		住所及び医療機関名		同意年月日		傷病名		要加療期間																						

受付日付印

【 記入例1 】

両面印刷は不可

同年月日	令和 年 月 日	業務開始	業務終了	終 局	後 者
支給年月日	令和 年 月 日				
支給額	円				
支給期間	令和 年 月 日 から	資格	年 月 日	扶養認定日	
	令和 年 月 日 まで	日割	年 月 日	年 月 日	

① 被保険者:本人
被扶養者:家族 } いずれか申請対象を○で囲んでください

健康保険 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (令和 〇年 〇月分) (ほり-せゆう用 第 〇 回目)

② マイナポータルや「資格情報のお知らせ」等で、記号・番号をご確認ください

令和 〇年 〇月 〇日提出	被保険者記入用 (1/2)	
被保険者等記号・番号	記号	番号
123	456	
事業所名称	(株)学研〇〇〇	
氏名	(フリガナ) ガクケン タロウ	生年月日
学健 太郎	昭和 〇年 〇月 〇日	平成 〇年 〇月 〇日
住所	〒123-4567 〇〇 都道府県 ΔΔ区〇〇1-2-3-1123	
電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	e-mail (任意)
090-1234-5678	●●●●@ΔΔΔ.ne.jp	
療養を受けた者の氏名	学健 花子	療養を受けた者の生年月日及び年齢
被保険者との続柄(妻)	妻	昭和 〇年 〇月 〇日
傷病名	腰痛症	令和 (〇〇 歳)
発病または発症の年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日	傷病又は発症原因及びその経過
発病または発症の年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日	不明
業務上の負傷ですか?	はい ・ いいえ	第三者行為によるものですか?
はい ・ いいえ		はい ・ いいえ

③ 被保険者が所属する会社名を記入してください (出向中の方は原籍を記入してください)

④ 被保険者氏名・生年月日を記入してください
* 被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請される場合は、被保険者名の横に、申請される方(法定相続人)の氏名をかっこ書きで記入してください。
生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。また、法定相続人が申請される場合は、別途書類が必要です。詳しくはお問い合わせください。

金融機関名称	〇〇〇〇	銀行	信用金庫	金融機関記号	123
支店名称	〇〇〇	支店	出張所	店番	456
預金種別	普通預金	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義(カナ)	学健 太郎 (ガクケン タロウ)				

⑤ 申請者名義の口座を記入してください
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と口座番号を記入してください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

ほり-せゆう用記入欄に載せます
受付日付印

【 記入例2 】

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 〇年 〇月分) (はりきゅう用 第 1 回目)

被保険者氏名 **学健 太郎**

令和 〇年 〇月 〇日提出 はりきゅう用記入用 (2/2)

初療年月日	令和 〇年 〇月 〇日	施術期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで	実日数	〇日	請求区分	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 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()					転帰	転帰																																																																	
初療科	1はり きゅう 3はり きゅう併用 〇〇〇〇 円					摘要																																																																		
施術料	はりきゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	円	※訪問または往療を必要とする 場合はこちらに記入ください																																																																		
	通所		〇円 × △回 =	〇〇〇円																																																																				
	訪問施術料1		円 × 回 =	円																																																																				
	訪問施術料2		円 × 回 =	円																																																																				
	訪問施術料3 (3~9人)		円 × 回 =	円																																																																				
	訪問施術料3 (10人~)		円 × 回 =	円																																																																				
電療料 (電気針・電気温灸器・電気光線器具)		円 × 回 =	円																																																																					
特別地域加算	250	円 × 回 =	円																																																																					
往療料 16kmまで		円 × 回 =	円																																																																					
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		〇円 × △回 =	〇〇〇円																																																																					
費用額合計				〇〇〇〇円																																																																				
施術日 (通所 〇,往療〇,訪問 1〇,訪問2 2〇,訪問3〇)	<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><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																																									
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。 令和 年 月 日 所在地 施術所名称 免許登録番号.....はり順.....氏 名 免許登録番号.....きゅう順.....電 話 番 号																																																																							
同意記録	同意医師の氏名	住所及び医療機関名	同意年月日	傷病名	要加療期間																																																																			
	健康 医師	東京都品川区東五反田●-●-● △△△病院	令和〇年〇月〇日	腰痛症	令和〇年〇月〇日~ 令和〇年〇月〇日																																																																			

この用紙は、施術所にてご記入いただいでください。

必用書類

- 療養費支給申請書
- 施術所で発行された、施術内容の明細付の領収書(原本)
- 医師の同意書

* ご提出いただいた領収書の返却はできません

受付日付印