

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 喪失	年 月 日 年 月 日	扶養認定日 年 月 日

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	健康保険証		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 令和	年 月 日
	住所	〒 都道府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
	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 令和	年 月 日 (歳)
	傷病名	発病または負傷の年月日 平成・令和 年 月 日		傷病又は負傷原因及びその経過	
	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

令和 年 月 日提出

はり師・きゅう師記入用 (2/2)

施術者記入欄	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 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				転 帰	
	初検料					円	摘要
	施術料	はり			円× 回=	円	
		きゅう			円× 回=	円	
		はり・きゅう併用			円× 回=	円	
		電療料 (電気針・電気温灸器・電気光線器具)			円× 回=	円	
	往療料 4kmまで			円× 回=	円		
	加算 (km)			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	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、その費用を徴収いたしました。				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				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		
医師の同意	同意医師の氏名		住所及び医療機関名		同意年月日	傷病名	

受付日付印

【 記入例1 】

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	専務長	経理	役員
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	資格取得	年月日	扶養認定日	年月日
	令和 年 月 日 まで	資格喪失	年月日		年月日

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・きゅう部 第 〇 回目)
 被扶養者
 令和 〇年 〇月 〇日提出 被保険者記入用 (1/2)

健康保険証	記号	番号	事業所名称	(株)学研〇△□	業務の種類 (退職後の申請 の場合は退職 前の業務)	編集
	123	456				
氏名	(フリガナ) カクケン タロウ		昭和 〇年 〇月 〇日	平成 〇年 〇月 〇日	令和 (〇〇 歳)	
住所	〒 123-4567		都道府県	△△区〇〇1-2-3-1123		
電話番号 (日中の連絡先)	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		090-1234-5678			
療養を受けた者の氏名	学健 花子		昭和 〇年 〇月 〇日	平成 〇年 〇月 〇日	療養を受けた者の生年月日及び年齢	
傷病名	腰痛症		不明		傷病又は負傷原因及びその経過	
療養または負傷の年月日	平成 令和 〇年 〇月 〇日		業務上の負傷ですか? はい - いいえ			

金融機関名称	〇〇△△	銀行	金融機関記号	123
支店名称	〇〇〇	支店	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 (カクケン タロウ)			

はり脚・きゅう脚記入用に続きます
 受付日付印
 社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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

② 保険証に記載されている記号・番号を記入してください



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)の氏名をカッコ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。

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。

【 記入例2 】

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(令和 ○年 ○月分) (はり・きゆう用 第 1回目)

被扶養者

被保険者氏名 学健 太郎

令和 ○年 ○月 ○日提出 はり師・きゆう師記入用 (2/2)

初療年月日 令和 ○年 ○月 ○日	施術期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで	実日数 ○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 移			継続 治療・中止・転移
初検料 1.はり 2.きゆう 3.はり・きゆう併用 ○○○○ 円	摘 要			
施術料	はり	円× 国= 円		
	きゆう	円× 国= 円		
	はり・きゆう併用	○○○ 円× ○ 国= ○○○円		
	電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)	円× 国= 円		
往療料 4kmまで	円× 国= 円			
加算(km)	円× 国= 円			
施術報告書交付料(前回支給 令和○年 ○月分)	○○○ 円× ○ 国= ○○○円			
費用 額 合 計	○○○○ 円			
施術日 ○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		保険所登録区分 ○ 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				
無料登録番号 はり師				
氏 名				
無料登録番号 きゆう師				
電 話 番 号				
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
○×病院 健康 医師	東京都品川区東五反田●-●-●	令和○年○月○日	腰痛症	令和○年○月○日~ 令和○年○月○日

同意記録

受付日付印

R4.1更新 学研健康保険組合

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

1. 療養費支給申請書
 2. 施術所で発行された、施術内容の明細付の領収書(原本)
 3. 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