

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						資格	取得	年 月 日			扶養認定日		
令和 年 月 日 まで						喪失	年 月 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 年 月 日 平成 (歳) 令和					
	傷病名				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	平成 ・ 令和 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・きゅう師記入用に使えます

受付日付印

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
被扶養者

療養費支給申請書（令和 年 月分）

受付日付印

被保険者氏名

（はり・きゅう用 第 回目）

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			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																									
								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 料	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 理由はここに記入ください																								
		通所		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		訪問施術料1		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		訪問施術料2		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		訪問施術料3（3人～9人）		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		訪問施術料4（10人～19人）		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		訪問施術料5（20人以上）		円 ×	回	=	円																										
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	回	=	円																										
		電療料（電気針・電気温灸器・電気光線器具）		円 ×	回	=	円																										
	（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×	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		円 ×	回	=	円																												
明細書発行加算		円 ×	回	=	円																												
費 用 額 合 計		円																															
※集中率90%以上の施設等入居者（80%通減対象）【該当の場合○】				通減後合計額		円																											
一部負担金（1割・2割・3割）		円																															
請 求 額		円																															
施術した場所 （施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																																	
施術日（通所○、往療◎、訪問1①、訪問2②、訪問3③、訪問4④、訪問5⑤）		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		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																								
	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																						

はり・きゅうの施術については、一定の要件を満たす場合、健康保険(療養費)の支給対象となります。

家族(被扶養者)分の申請であっても、被保険者が申請してください。

[illegible]

健康保険		被保険者 継続患者	療養費支給申請書 （令和 年 月分）		受付日印付																									
被保険者氏名			(はりきゅう用 裏面)																											
令和 年 月 日提出	はりきゅう断入期間 (2才)																													
初診年月日		疾病期間	令和 年 月 日から	末日迄	請求区分																									
和 令 年 月 日	和 令 年 月 日まで	日			新規・継続																									
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 関節症候群 4. 五十肩 5. 膝痛等				転 移																									
6. 慢性腰痛後遺症 7. その他()					継続・治療・中止・転移																									
切実料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用	円			摘要																									
はり・きゅう		実施の種類	1 指 国 2 指 国	※針灸療法と併用する場合のみ記入して下さい 理由はこちらに記入して下さい																										
通所		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
訪問医療科1		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
訪問医療科2		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
訪問医療科3 (3人～9人)		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
訪問医療科4 (10人～19人)		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
訪問医療科5 (20人以上)		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
電療料 (電気針・電気温灸器、電気光線療育機)		円 × 回 = 円																												
(月18日の診療に係る50%減額)		円 × 回 × 国 = 円																												
特別地域加算		250 円 × 回 = 円																												
治療料 15歳まで		円 × 回 = 円																												
治療料 16歳以上		円 × 回 = 円																												
療育報告書交付料 (前払支給)		年 月 円 × 回 = 円																												
療育報告書発行加算		円 × 回 = 円																												
費用 総 合 計		円																												
出費中自己負担及び公的負担外費用 (30%減額適用) : 支払済自給外費		円																												
一部負担金 (1割・2割・3割)		円																												
請求 額		円																												
医師した場所																														
① 病院敷内にあるところ又は診療所及び保健療養施設と異なる場所に設置																														
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
日																														
〒 市 区 町 丁目 番 号 番地																														
被保険者会費区分						1 医療関係者住所 2 非医療専門医療従事者住所																								
上記のとおり診断を行い、その費用を徴収いたしました。																														
令和 年 月 日						所在地																								
免許登録番号						はり証 号						施術者名称																		
免許登録番号						きょう 号						氏 名																		
												電話 号																		
同意医師の氏名						住居及び医療機関名						同意年月日						傷病名						追加療養期間						

P13-更新

宇治健康保険組合

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

- ・ 神経痛
- ・ リウマチ
- ・ 頸腕症候群
- ・ 五十肩
- ・ 腰痛症
- ・ 頸椎捻挫後遺症

はり・きゅうの療養費支給法は、償還払い(全額立替)方式と
なりますので、施術所で費用の全額を支払った後、必要書類を添付のうえ支給申請を行ってください。
また、療養費の支給を受けるためには、支給申請時に保険医の同意書の添付が必要となります。医療機関で医師の診察を受け、同意書の交付を受けてください。
(施術期間が6ヶ月を超える場合は、再度同意書が必要です)

*** 申請書ご記入の際は、フリクションペン等消せる筆記具の使用は不可です。**

申請書は楷書で丁寧に記入してください。ご提出の前に記入漏れ・添付書類の不足がないかをご確認ください。

【記入例1】

両面印刷は不可

支給決議書	同年月日		令和 年 月 日		事務局長		事務長		経 理		役 者	
	支給年月日		令和 年 月 日									
	支給額		西暦 年 月 日 円									
	支給期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		資格取得 期満		年 月 日 年 月 日		扶養認定日 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

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

KW

健康保険 保険料納付済者
保険料未納者

療養費支給申請書 (令和 〇年 〇月分)

(印字と記入欄 第 〇 頁目)

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 123	番号 456	事業所名称 (株)学研〇〇〇	第幾の被保険者 (選考後の申請の場合は選考前(家族))
氏名	(カタカナ) カケン タロウ 学健 太郎			生年月日 平成 昭和 〇年 〇月 〇日 令和
住所	〒 123-4567 〇〇 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		e-mail (任意)	●●●●@△△△.ne.jp
療養を受けた者の氏名 学健 花子 被保険者との続柄(妻)	療養を受けた者の生年月日及び年齢 昭和 〇年 〇月 〇日 平成 令和 (〇〇 歳)			
傷病名 腰痛症 発病または負傷の日 平成 令和 〇年 〇月 〇日	傷病又は負傷原因及びその経過 不明			
家族上の養育ですか?		第三者行儀によるものですか?		
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。

振込先指定口座	金融機関名称 ※金融機関種別を□で囲んでください	□□△△	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	123							
	支店名称 ※支店種別を□で囲んでください	○○○	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。

【 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)		受付日付印	
被保険者氏名		(はり・きゅう用 第 回目)	
令和 年 月 日提出		はり師・きゅう師記入用 (2/2)	
初療年月日	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. 頸胸症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		転 帰
初療料	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	円	※訪問または往療を必要とする理由はここに記入ください
通所	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
訪問施術料1	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
訪問施術料2	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
訪問施術料3 (3人~9人)	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
訪問施術料4 (10人~19人)	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
訪問施術料5 (20人以上)	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
電療料 (電気針・電気温灸器・電気光線器具)	円 × 回 = 円	円	
(月16回以降の施術に係る50%減額)	円 × 0.5 × 回 = 円	円	
特別地域加算	250 円 × 回 = 円	円	
往療料 16kmまで	円 × 回 = 円	円	
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)	円 × 回 = 円	円	
明細書発行加算	円 × 回 = 円	円	
費 用 額 合 計		円	
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減額対象) 【該当の場合○】		減額後合計額	円
一部負担金 (1割・2割・3割)		円	
請 求 額		円	
施術した場所 (施設等に入室している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載) 施設名 (施設内) 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 日			
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 免許登録番号 きゅう師 氏 名 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
	健康 医師	東京都品川区東五反田●-●-● △△△病院	令和○年 ○月○日
			腰痛症
			令和○年○月○日~ 令和○年○月○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