

健康保険 **被保険者・被扶養者** 療養費支給申請書【はり・きゆう用】

被保険者(申請者)・申請内容	健康保険の記号番号	記号 1	番号 123456	生年月日	昭和・令和 55年 11月 22日
	氏名(自署)	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090 (1234) 〇〇〇〇			
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和 55年 11月 22日
	発症・負傷の原因およびその経過	不詳。痺れが続いている		交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	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()							転帰	継続・治癒・中止・転医
	初検料	1. はり 2. きゆう 3. はり・きゆう併用		円	摘要					
	施術料	施術の種類	1術 回 2術 回		円					
		通所	円 × 回 =		円					
	電療料(加算)	円 × 回 =		円						
	特別地域(加算)	円 × 回 =		円						
	往療料	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 × 回 =	円					
施術日	通所○ 訪問1① 往療◎ 訪問2② 訪問3③	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								
往療または訪問の理由	1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他()									
施術証明書	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				
備考	令和 年 月 日		登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	施術所	所在地	名称 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						

この欄は、はり・きゆう施術者に記入を依頼してください

※被保険者(申請者)名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座		下記に記入)		
	金融機関名称	被保険者口座を記入		本店 支店	支店番号
	預金種別			普通・当座	口座名義 (カタカナ)

備考	個人番号(健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入)	受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード(両面)の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本(①が提出できない方のみ)	
添付書類	1. 医師の同意書(初回と6ヵ月に一度は必ず必要) 2. 領収書(原本) 3. 施術報告書の写し ※施術報告書交付料が含まれる場合。	