健康保険 （被保険者／被扶養者） 療養費支給申請書（ ●年 ●月分）【はり・きゅう用】

被保険者欄

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話（内線） 03-1234-5678（999）
被保険者氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎		被保険者生年月日	（昭和／平成） ●●年 ●●月 ●●日
住所 電話番号等（日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都○○区○○町1－2－3 △△マンション456号室 電話 090 （7891） 2345		メールアドレス ○○△△@○○○.ne.jp	
療養を受けた者の氏名	（フリガナ） ケンポ ハナコ 健保 花子		療養を受けた者の生年月日	（昭和／平成／令和） ●●年 ●●月 ●●日
発症又は負傷年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日		発症又は負傷の原因及びその経過	腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されない
交通事故等第三者が原因ですか	（いいえ） ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上によるものですか	（いいえ） ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（ ）			

この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。

傷病名

初検料 1. はり 2.

施術料

はり・きゅ

電療料（加

特別地

往療料

施術報告書

明細書

※集中率90%

施術日	訪問1①																												30	31
通所○	訪問2②																													
往療◎	訪問3③																													

○往療又は訪問の

）

上記のとおり

免許登録番号

免許登録番号

同意医師

療期間

令和 年 月 日

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。委任しない場合は、理由をご記入ください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。（委任しない場合 理由： ）理由の記載がない場合は、委任したものとします。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日

被保険者（申請書）	氏名	
代理人（実際に給付を受領する者）	氏名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●	銀行/信用金庫	●●	本店/支店	
預金種別	普通	口座番号 1234567		口座名義（カタカナ）	ケンポ タロウ

■添付書類

1. 医師の施術同意書（6ヶ月ごと）原本　2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印