

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人  
 家族

# 療養費支給申請書 (はり・きゆう)

( 月分・第 回)

\*「添付書類」(原本)と「医師の同意書(原本)」を添付

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-	被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印		
	事業所名		生年月日	昭・平 年 月 日生			
	所属 課・係・店等		メールBOX	自宅住所	〒 -		
	会社 TEL	外線	内線	自宅 TEL			
	療養を受けた 者の氏名	(フリガナ)	療養を受けた 者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症	日時	平成 令和	午前 午後	時 分 頃
	傷病の経過		負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	場所	①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他( )		
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設定で 「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明		<input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)		

\* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

施 術 内 容 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施術 期間	自 年 月 日 ~ 日	実日数	日	請求 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止
	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう <input type="checkbox"/> はり・きゆう併用				円	摘要			
	2回目以降	はり はり(電気針併用)	円×	回=	円					
		きゆう きゆう(電気温灸器併用)	円×	回=	円					
		はり・きゆう併用 はり・きゆう併用 (電気針・電気温灸・光線器)	円×	回=	円					
	往療料 4kmまで 往療料 4km超		円×	回=	円					
	施術報告書交付料(前回 年 月)		円×	回=	円					
	合 計							円		
施術日	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ました。 令和 年 月 日 住所 はり師・きゆう師 氏名 免許登録番号 氏名 (印) 電話 ( )									

同 意 記 録	同意医師の住所・氏名		同意年月日	傷病名	要加療期間
	住所		令和 年 月 日		
	氏名				

委 任 欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印) に委任します。
-------------	---

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振 込 依 頼	金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名 義 人 名
	コード No.	コード No.	普通・当座		(フリガナ)

備 考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)
--------	---

事業所担当者印	健保受付印
---------	-------

\* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。