

被 保 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日		整理番号		事業主側経由所属				
	常務理事	事務長	担当者			月別	番号	長	長	担当者		
期 間	自平・令	年	月	日	日間	支 給 金 額	法定				計 算 式	
	至平・令	年	月	日			附加				円	
	装具装着										円	
	平・令	年	月	日								
											区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)
												入力受付No.

(被保険者) 療養費支給申請書
(被扶養者)

被 保 者 番 号		被 保 者 氏 名		生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	生 満 歳
被 保 者 所 住		被 保 者 所 属							
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 で あ る 場 合 、 該 当 者 の 氏 名		生 年 月 日		昭和 平成 令和		年	月	日	続 柄
傷 病 名		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		平成・令和		年	月	日	時 頃
傷 病 の 原 因		労 働 災 害 該 当 の 有 無 (業 務 上 、 通 勤 途 上 等)		無	・	有	※「有」の場合は労災保険へ申請してください。		
傷 病 の 経 過									
健 康 保 険 被 保 者 証 を 使 用 で き な か っ た 理 由 (詳 しく 記 入)									
診 療 を う け た 病 院 等	所 在 地		名 称						
			医 師 名						
診 療 の 内 容									
診 療 の 期 間	自平成・令和	年	月	日	日間	診 療 に 要 し た 金 額	¥	別紙証ひょう のとおり	
	至平成・令和	年	月	日					
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	その届出の有無		第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)						
	ある・ない								

(注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。

(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。

(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用「別紙」)

被保険者欄	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		
施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
	平成 令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 ~ 至:令和 年 月 日		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			転 帰		
		5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()			継続・治癒		
					中止・転医		
	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		円 ×	回 =		円
		はり(電気鍼併用)		円 ×	回 =		円
		きゅう		円 ×	回 =		円
		きゅう(電気温灸器併用)		円 ×	回 =		円
		はり・きゅう併用		円 ×	回 =		円
		はり・きゅう併用(電気鍼併用・電気温灸器併用)		円 ×	回 =		円
	往療料	4Kmまで		円 ×	回 =		円
往療料	4Km超		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		
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					
通院○							
往療◎							
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ※氏名はフルネームで記入願います。ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。 </div>						
	令和 年 月 日	住所					
	はり師 免許登録番号 _____	氏 名					
きゅう師免許登録番号 _____	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		