

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日		整理番号			事業主側經由所属						
	常務理事	事務長	担当者			月別	番号		長	長	担当者				
期	自	令	年	月	日	日間	支	法定				計	算 式		
間	至	令	年	月	日		給					円			
	器具装着						金	附加				円			
	令	年	月	日									区	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
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日生 満 歳		
被 保 険 者 住 所	被 保 険 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		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							
健康保険資格が 適用されなかった 理由 (詳しく記入)							
診 療 を 受 け た 病 院 等 の	所在地	名 称					
		医 師 名					
診 療 の 内 容							
診 療 の 期 間	自 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 令和 年 月 日 現在も療養中				
上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか			※どちらかに○をつけてください はい ・ いいえ				

【注意事項】

- 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
- 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
- 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

【備考】

施術者に記入してもらうようにお願いします。

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用【別紙】）

被 保 険 者	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄																												
	初療年月日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		実日数 日																												
施 術 内 容	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（ ）				請求区分 新規・継続 転 帰 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																														
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	摘 要																											
		通所	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 1	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 2	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 回＝ 円																														
	訪問施術料 3 (10人以上)	円× 回＝ 円																															
	電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		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																															
施術日	訪問1 ①	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	
通所	訪問2 ②																																
往療	訪問3 ③																																
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便しての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																	
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。		保健所登録区分		施術所所在地																												
	令和 年 月 日	はり師 住所	〒 -																														
免許登録番号	きゅう師		氏名																														
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																												
			令和 年 月 日																														