

保険者記入欄	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				円	計算式	
	至平・令	年	月	日			附加				円		
	装具装着												
	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  
被扶養者 ) 療養費支給申請書

被保険者番号		被保険者名 氏名		昭和・平成	年	月	日生	満	歳	
被保険者所		被保険者属								
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			
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										
健康保険被保険者証を使用できなかった理由 (詳しく記入)										
診療を受けた病の 院	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	
第三者の行為 によって負傷 したと	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は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【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】）

被保険者欄	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	施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数 日	請求区分
施術内容欄	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 きゅう 3 はりきゅう併用	円	摘要		
	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	円	
	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	月				
○往療又は訪問の理由 ( 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 ( ) )						
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	令和 年 月 日	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		
	免許登録番号	_____	はり師	住所		
	免許登録番号	_____	きゅう師	氏名		
				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			