

健康保険組合	受付日	整理番号	事業主側経由所属者
【記入例】はり・きゅう			
保険者記入欄	令 年 月 日	額 附加	円
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	5 2 3 4 5 6 7	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎		
被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 2 日生 満 54 歳				
被 保 険 者 所 住	〇〇県〇〇市▲▲町1-23-1		被 保 険 者 属 所	〇〇株式会社 〇〇支社 〇〇グループ	
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 で あ る 場 合 、 該 当 者 の 氏 名	健保 花子	生 年 月 日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日 続 柄 長女 令和 満 26 歳		
傷 病 名	(医師の同意を受けた傷病名を記入)		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 6 年 9 月 1 日 18時頃	
傷 病 の 原 因	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したかを記入	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	医師による(傷病名)の治療を継続してうけていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから医師による同意により針治療に変更した。				
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)	治療上必要な施術鍼灸院は、医療機関ではないため療養給付が受けられなかったため				
診 療 を う け た 病 院 等	所在地	〇〇県〇〇市◆◆町2-6-5	名 称	〇〇〇鍼灸院	
			医師名	施術担当鍼灸師名	
診 療 の 内 容	はり 治療				
診 療 の 期 間	自 令和 6 年 11 月 1 日 2 日間 至 令和 6 年 11 月 31 日	診 療 に 要 し た 金 額	¥ 2,800 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 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】