健康保険　被保険者 家族　療養費

支給申請書（はり・きゅう用）

（令和　　年　　月分）

被保険者（申請者）情報				
被保険者証の記号番号		発病または負傷年月日		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
		□ 昭和　□ 平成　□ 令和 年　月　日		
被保険者氏名	（フリガナ）	性別	発症または負傷の原因およびその経過	
	（生年月日）昭 平 令　年　月　日			
療養が被扶養者に関するとき	（フリガナ）	性別	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
	（生年月日）昭 平 令　年　月　日			1．業務上 2．第三者行為である 3．その他

施術内容欄					
初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
平 令　年　月　日	自 平 令　年　月　日 ～ 至 平 令　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 5.腰痛症　6.頚椎捻挫後遺症　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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入	
施術料	はり	円 ×	回 ＝	円	施術者氏名
	きゅう	円 ×	回 ＝	円	施術日　・　・　日
	はり・きゅう併用	円 ×	回 ＝	円	※往療を必要とした場合に記入
	電療料 1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具	円 ×	回 ＝	円	往療日　・　・　日
往療料　4kmまで		円 ×	回 ＝	円	往療を必要とした理由
往療料　4km超		円 ×	回 ＝	円	
施術報告書交付料（前回支給:　年　月）		円 ×	回 ＝	円	
費用額計			円		

施術日 通院○ 往療◎	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、その費用を領収いたしました。		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
令和　年　月　日		所在地	
はり師免許登録番号		施術所名	
きゅう師免許登録番号		施術管理者名	電話

委任状欄	
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	令和　年　月　日
住所	
被保険者氏名	
事業所名	
代理人所在地	
氏名（健保ロ　口座名義人名）	

受取口座		
公金受取口座	□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 （利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。）

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　月　月　日		令和　年　月　日～ 令和　年　月　日

＜記入にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼してください。
・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
＜事業所を代理人とする場合の提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
＜公金口座を利用する場合の提出の流れ＞ 本人 → 健康保険組合
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。
＜その他添付書類（該当する場合）＞
□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書

問合せ先　全国設計事務所健康保険組合　給付グループ　TEL03-3404-7344