

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう用)
(令和 3 年 7 月分)

被保険者 (申請者)	被保険者等記号・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)				
	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 6 月 1 日			腰痛症			
	(フリガナ) ケンボ タロウ				性別	発症または負傷の原因およびその経過							
情報	被保険者氏名および住所				性別	椎間板ヘルニアによるもの							
	(生年月日) 昭平令 37 年 7 月 7 日												
	(住所) (〒 151 - 0051) (TEL) 03 (3404) 7344					東京都渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9							
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 (3) その他 ()						

記入例

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。
また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

被保険者 (申請者)	氏名	ケンボ タロウ
代理人 (被扶養者)	事業所所在地	東京都渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9
	事業所名称	〇〇銀行 〇〇支店
	氏名	普通 〇〇〇〇〇〇
	電話番号	()

施術内容欄	初療年月日	平令 2 年 6 月 10 日	自平令 3 年 7 月 1 日 ~ 至平令 3 年 7 月 31 日	実日数	請求区分																										
	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 ()			新規	継続																									
	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	※施術管理者以外が 施術した場合に記入																									
	通所		1,610 円 ×	3 回 =	4,830 円	施術者氏名																									
	訪問施術料 1		円 ×	回 =	円	施術日																									
	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	通所	往療	訪問 1	訪問 2	訪問 3																										
7 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
往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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 ())																															
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		〇〇区〇〇 〇-〇-〇																												
はり師免許登録番号	〇〇〇〇〇〇		〇〇鍼灸院																												
きゅう師免許登録番号	〇〇〇〇〇〇		〇〇 〇〇 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇																												

委任状欄	被保険者	本申請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
	代理人	被保険者氏名	健保 太郎	住所「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ
受取口座	事業所名称	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		
	事業所所在地	〇〇設計事務所		
同意記録	氏名 (健保口 口座名義人名)	健保 大助		
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 。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
	〇〇 二郎	〇〇区〇〇 〇-〇-〇	令和 3 年 6 月 1 日	腰痛症
要加療期間		令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日		

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

<記入にあたっての注意事項>
・申請書は毎月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)>
口医師の同意書 (原本) 口医師報告書 (写し) 口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