	本申請書の提出を事業主へ委任します。
	（委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。）

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）

↓対象者をご選択ください

被保険者（申請者）情報

被保険者資格の記号番号	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）
	年　月　日	

被保険者氏名および住所		性別	発症または負傷の原因およびその経過
	（フリガナ）		
	（生年月日）　年　月　日		
	（住所）（〒　－　）　（TEL）　（　）		

療養が被扶養者に関するとき		性別	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
	（フリガナ）			1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　）
				施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）
	（生年月日）　年　月　日			

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	自 令和　年　月　日 ～ 至 令和　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
施術者氏名
施術日　・　・　日

はり・きゅう	施術の種類	1術　回	2術　回
通所	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	回 ＝	円
訪問施術料１	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	回 ＝	円
訪問施術料２	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	回 ＝	円
訪問施術料３（3人～9人）	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	回 ＝	円
訪問施術料４（10人～19人）	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	回 ＝	円
訪問施術料５（20人以上）	円 ×	回 ＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	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
（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	円 × 0.5 ×	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
明細書発行加算	円 ×	回 ＝	円
費用額計	円		

※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】　　逓減後合計額　円

施術日　通所○ 往療◎ 訪問１① 訪問２② 訪問３③ 訪問４④ 訪問５⑤

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(　))

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。

令和　年　月　日

はり師免許登録番号

きゅう師免許登録番号

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

所在地

施術所名

施術管理者名　　電話

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
	被保険者氏名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人	事業所名称	
	事業所所在地	
	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　年　月　日		令和 令和

＜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）　□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