

健康保険		被保険者 被扶養者		療養費支給申請書（はり・きゅう用）										令和 年 月 分						
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		—		事業所名称															
	被保険者氏名 (自署)		フリガナ					住所												
	療養を受けた 者の氏名							生年 月 日	昭・平・令 年 月 日					続柄						
	傷病名							発病又は負傷 年月日		令和 年 月 日										
	発病の原因 及び経過							業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他												
	施術した場所（入居施設等、保険証 住所地とは異なる場合記載）																			
	被保険者 振込先口座		預金の種類	金融機関名					銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所									
			口座番号						口座名義 カナ											
			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の欄を記入) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																
	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							
								年 月 日												

は り 師 ・ き ゅ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間	自・ 年 月 日			実日数		請求区分																							
		年 月 日			至・ 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. 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																							
		施 術 料	はり・きゅう		施術の種類						1術 回		2術 回																				
			通所		円 × 回 = 円						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 (3~9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						円																						
			特別地域加算		円 × 回 = 円						円																						
		往療料		円 × 回 = 円						円																							
		施術報告交付料 (前回支給： 年 月分)		円 × 回 = 円						円																							
		費用額計		円						円																							
		施 術 日	通院○・往療◎・訪問1①・訪問2②・訪問3③																														
			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、その費用を領収しました。																	保健所登録区分															
	令和 年 月 日																	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地															
	住所 氏名 電話番号																	免許登録番号 _____ はり師 免許登録番号 _____ きゅう師															

上記のとおり申請いたします。

提出日： 令和 年 月 日

受付年月日

- 【添付書類】 ●領収書(原本)
●初めて治療を受ける場合は、医師の同意書(原本)
※初療日または医師の同意日から6ヶ月経過した時点において更に施術を受ける場合は
医師の再同意が必要です。
- 【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません)