

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう用)

(令和 7 年 1 月分)



※印刷は、A 4 片面でお願いします。

<被保険者記入用>

1 枚目

2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

① 提出日	令和 7 年 1 月 30 日	健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。			
② 被保険者等	記号(3桁) 番号(6桁) ○○○ ○○○○○○	000-0000-0000		☒ 勤務先携帯 ☐ 個人携帯 ☐ 勤務先電話 ☐ 自宅電話	
③ マイナンバー	個人番号(12桁) ××××××××××××	④ 事業所名(会社名) ○○○株式会社			
⑤ 被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 建保 太郎	⑥ 生年月日	☒ 昭和 0 年 0 月 0 日 ☐ 平成		
⑦ 現住所	(〒 000 - 00000) 電話(000) 0000 - 0000 ○○市○○町○-○-○				
⑧ 受療者氏名(申請対象者)	(フリガナ) ケンポ ハナコ 建保 花子	⑨ 続柄	⑩ 生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 0 年 0 月 0 日 ☐ 令和 (00 歳)	
⑪ 傷病名	頸腕症候群	⑫ 発病または負傷年月日	☐ 平成 年 月 日 ☒ 令和		
⑬ 傷病の原因およびその経過	☐ 病気 ☐ ケガ ☒ 不明 ☐ その他	〔原因および経過を具体的に記入ください〕 不詳			
⑭ 第三者行為によるものですか	☒ いいえ ☐ はい	⑮ 業務上または通勤途上での傷病ですか	☒ いいえ ☐ はい ※「はい」の場合は療養費支給申請に該当しない場合があります。		
⑯ 被保険者が在籍の場	委任状	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 被保険者氏名 必ず自署してください			
⑰ 被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合	振込先	銀行・農協 信金・信組	支店 出張所	預金 種別	☐ 普通 ☐ 当座
	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)		

【必要書類】(いずれも原本を提出してください。支給決定後は返却できません。)

1. 施術に要した費用の領収書

自費診療とわかるもの、宛名は受療者氏名、領収印があるもの

※「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付

2. 医師の同意書

(同意内容については医師に照会することがあります。)

必ず当該疾病にかかる主治医が診察したうえでの同意書が必要です。(口頭同意不可)

【注意事項】

- 暦月単位で提出してください。(1か月毎に1枚の申請書が必要です)
- 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらの施術を受けるときは、「医師の同意書(原本)」を添付してください。
- 同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の決定をします。
- 保険医の同意がある施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。
- 任意継続被保険者の方は、加入時に指定された口座に振込みます。

はり師・きゅう師へご依頼をお願いいたします。

2. 1. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

④ 受療者氏名			⑤ 初療年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日																												
⑥ 施術期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日(実日数)		⑦ 申請区分 ☐ 新規 ☐ 継続																											
⑧ 傷病名および 症状詳細	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他()		⑨ 転帰 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 治癒 ☐ 転医																													
⑩ 施 術 内 容																																
初検料 (☐ はり ☐ きゅう ☐ はりきゅう併用)			円	摘 要																												
施 術 料	は り ・ き ェ う	施 術 の 種 類	1 術 回	2 術 回																												
	通 所		円 回 =	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人から9人)		円 回 =	円																												
	訪問施術料 3 (10人以上)		円 回 =	円																												
	電療料 (加算/ ☐ 電気針 ☐ 電気温灸器 ☐ 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 分 年 月 分		円 回 =	円																												
費用総額			円																													
施術日	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	
月																																
※上段：通所○ 往療○ 下段：訪問1① 訪問2② 訪問3③																																
往療又は訪問の理由		☐ 独歩による公共機関を使つての外出困難 ☐ 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 ☐ その他()																														
⑪ 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 ☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者住所																
令和 年 月 日																免許所登録番号 はり師 _____ 免許所登録番号 きゅう師 _____																
住所(所在地)																																
施 術 所 名 称																																
氏 名																																
電 話																																
⑫ 同 意 記 録																																
同 意 医 師 の 氏 名																同 意 医 師 の 住 所																
同意年月日																傷 病 名																
令和 年 月 日																要 加 療 期 間																