

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)
 被扶養者

本申請書の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和 4 年 9 月分

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者 氏名	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ			
	5000	999		産業 健一			
	施術を受けた者の 氏名・生年月日等		(フリガナ) 氏名	生年月日			
	被保険者の住所・ 電話番号		〒 000-0001 △△市××町1-1		Tel. 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
振 込 銀 行	傷病名 (医師から同 意を受けた)		発症又は負傷年月日 (療養開始日)		令和 4 年 2 月 頃 日		
	発症・負傷の 原因及び経過		数か月前から、足の痛みとしびれがあり様子を見ていたが、医師にはり治療をすすめ られました。はり施術後は痛みは軽減するが、数日経つとしびれてきます。		第三者行為によるものですか 0 いいえ 1 はい		
	<input type="checkbox"/> マイナンバー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"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	(フリガナ) シカク	銀行	預金 種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座・ その他 ()	口座 番号	7 6 5 4 3 2 1	
(フリガナ) サンカク	支店	口座名義	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ 産業 健一				
は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分	転 帰
	年 月 日 令和		年 月 日~令和		日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他 ()				摘要	
	初 検 料	1. はり 2. きゅう 3. はり、きゅう併用				鍼灸師に記入を依頼してください円	
	施 術 料	はり	円×	回=	円		
		きゅう	円×	回=	円		
		はり、きゅう併用	円×	回=	円		
	電療料	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具		円×	回=	円	
	往療料	4kmまで		円×	回=	円	
	往療料	4km超		円×	回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円			
費用合計				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. 出張専門施術者所在地			
	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	氏名		Tel				
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				

※申請の際は裏面の注意事項をご確認ください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・申請者本人 (被保険者) が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人 (被保険者) に確認している

【添付書類】 ・領収書（原本）

【該当する場合】 ・医師の同意書（原本） ・施術報告書（写） ・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

記入するときの注意事項

- ・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。
- ・振込口座は被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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。
- ・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。

※ 医療機関との併用確認等のため、支給はおよそ施術月より3～4か月後となります