

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう専用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒)		都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
<input type="checkbox"/> 本請求金額の受領を事業主に委任します。(委任する場合は☑) ※事業主に委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)			
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。				
	ゆうちょ	記号	1	0	※	口座番号 (左づめ)

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

- 施術費用の領収書
- 施術内容の明細書
- 医師の同意書または診断書
- 往診料明細書(往診料加算時のみ)
- ※すべて原本

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (はり・きゅう専用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 平・令 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。
	5 施術を受けた施術所等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>
		診療した医師等の氏名 <input type="text"/> 施術に要した費用 <input type="text"/> 円
	6 施術期間(支給期間)	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
7 同意記録	氏名 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 同意年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日 傷病名 <input type="text"/> 要加療期間 <input type="text"/>	
	同意医師 <input type="text"/> 令和 年 月 日	
	再同意医師 <input type="text"/> 令和 年 月 日	