

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1

2

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり療養費(はり・きゅう)を支給申請します。

年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。			
住所	(〒 -)	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

被保険者が記入する	発病又は負傷 年月日	第三者によるもの ですか?	はい・いいえ
	発病の原因等 (詳しく記載)	どこで… どのように…	業務中によるもの ですか?

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所	委任者と 代理人との 関係
	(フリガナ)	氏名		

「施術者記入欄」は2ページに続きます。>>>

(2022.7)

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

常務理事	事務長	担当

京三製作所健康保険組合

1/2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)

1

2

施術者記入用

(年 月分)

被保険者証 の	記号	番号	受療者 の 氏名	本人		
				生年月日	年	月

施術者記入欄	初療年月日	施術期間	実日数
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日

傷病名 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()

初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	円	発病又は負傷年月 年 月 日
1. はり	円 × 回 =	円	請求区分 新規・継続
2. きゅう	円 × 回 =	円	転 帰 継続・治癒・中止・転医
3. はり・きゅう併用	円 × 回 =	円	摘 要
電 療 料			
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具	円 × 回 =	円	
往療養 2kmまで	円 × 回 =	円	
加算 (km)	円 × 回 =	円	
費用額計		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
-----	------------	---	---

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 住所(所在地)
 年 月 日 施術所名
 はり師、きゅう師 氏名
 電話
 はり師 免許登録番号 ()
 きゅう師 免許登録番号 ()

医師の 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		
	再同意医師の氏名	住所	再同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		

[添付書類]

- 領収書(原本)
- 医師の同意書(原本)(初回受診時には原本が必要です。また、初療の日から6ヵ月を経過した時点において更に施術を続ける場合には、医師の同意書を添付して下さい。)