

療養費支給申請書（令和 ○年 ○月分）（はり・きゅう用）【令和8年7月施術分～】

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被 保 険 者 欄	○被保険者 記号・番号				○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過			
	記号		番号		平成 ○年 ○月 ○日		腰痛症 整形外科で治療していたが、改善の兆しがなく鍼灸治療を指示された			
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ) ケンボ ハナコ		続柄		○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）			
	健保 花子		男・女		妻		○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為であら 3. その他())			
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分			
	令和 年 月 日						規・継続			
	傷病名						帰			
	初検						中止・転医			
	1. はり・きゅう						要			
	はり・きゅう									
	施術料									
	電療料(加)									
	特別地									
	往療料									
施 術 証 明 欄	施術報告(前回支)									
	明細書									
	施術日 訪問									
	通院○ 訪問○									
申 請 欄	上記の									
	免許登録番号									
	免許登録番号									
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店			
	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				金庫 支店			
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協 出張所			
	口座名義 カタカナで記入				口座番号		郵便局			
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					

施術を行った
はり・きゅう師に
記入を依頼してください

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名
代理人 住所
氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

赤字で記入している箇所を
すべて記入してください。
(不明な箇所があれば
空白で結構です。)

健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

同 音 書

(はりきゅう師の療養費用)

患 者

病 名

発病年月日

同意区分

診 察 日

注意事項等

上 記

令和

保 険 日

所

保 険 医

施術を行った
はり・きゅう師に
記入を依頼してください。

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。