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

療養費支給申請書（令和　6年　9月分）　（はり・きゅう用）【令和6年9月施術分まで】

※ 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

○被保険者証等の記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名
記号 1 1　番号 ○○○○○	平成・令和 6 年 1 月 9 日	腰痛症

療養を受けた者の氏名	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子　男・女	妻	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
昭和・平成・令和　△△年　△△月　△△日生		○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上　2. 第三者行為である　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			継続
傷病名			帰
			・転医

初検料
1. はり 2

施術料
はり
きゅ
はり
電
1電

往療
往療

施術報告書
（前回支給

費

施術日
通院○
往療◎

30 31

施術証明欄

上記のと

者住所地

免許登録番号

免許登録番号　　きゅう師　氏名　電話

**施術を行った
はり・きゅう師に
記入を依頼してください**

申請欄

上記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　6年　10月　5日

〒 ○○○－○○○○

申請者（被保険者）　住所　○○市○○○区○○○丁目○－○○

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

氏名　健保　太郎　　電話（○○○）○○○－○○○○

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所 郵便局

同意記録

同　　療期間

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（被保険者）　住所
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。

診　断　書　（はり及びきゅう療養費用）

患　者	
病　名	
発病年月日	
診察区分	
診　察　日	
症　状 （主訴を含む）	
注意事項等	
令和 保 険 医 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。

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

療養費支給申請書（令和　6年　10月分）　（はり・きゅう用）【令和6年10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

○被保険者証等の記号・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 1 1　番号 ○○○○○	平成・令和 6 年 1 月 9 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	続柄	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）
（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子　男・女 昭和・平成・令和 △△年 △△月 △△日生	妻	○業務上・外、第三者行為の有無 （1. 業務上　2. 第三者行為である　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			・継続

傷病名　　帰

・転医

初検料

1. はり　2

はり・きゅ

施術料

通

訪

訪

訪

訪

電療料（加算

特別地域

往療料

施術報告書
（前回支給

施術日　訪問1①
通院○　訪問2②
往療◎　訪問3③

30 31

○往療又は訪問の

施術証明欄

上記のと

者住所地

免許登録番号

免許登録番号

**施術を行った
はり・きゅう師に
記入を依頼してください**

申請欄

上記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　6年　11月　5日

〒 ○○○－○○○○

申請者（被保険者）　住所　○○市○○○区○○○丁目○－○○

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

氏名　健保　太郎　　電話（○○○）○○○－○○○○

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	
1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段		銀行　本店 金庫　支店 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　　期間

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（被保険者）　住所

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。

同　意　書　（はり及びきゅう療養費用）

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	
保険医	
所	
保　険　医　氏	

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。