被保険者
家　族

療養費支給申請書　（はり、きゅう用）

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

① 被保険者証等の記号・番号	記号		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
	番号		
② 被保険者氏名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
③ 被保険者の現住所	〒　　－　　電話　　（　　）		
④ 事業所名称			

⑤ **被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。**

氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄	

⑥ 傷病名	□神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩 □腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　　）
⑦ 発病又は負傷年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入）	い　　つ・・・ ど　こ　で・・・ どのように・・・
⑨ 第三者によるものですか	はい　・　いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
⑩ 業務中に発生したものですか	はい　・　いいえ
⑪ 施術を受けた施術所	名称
	所在地
⑫ 施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）	
⑬ 施術を受けた日（○を付けてください）	年　　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　【　　日間】
	※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。
⑭ 被保険者同意欄	療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名

※　同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

□ マイナポータル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☑　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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

フリガナ			普通	口座番号（7ケタ）	
払渡し希望銀行の口座	〈銀行〉〈信用金庫〉	〈本店〉〈支店〉		口座名義人氏名（被保険者）	フリガナ

施術内容証明書　（はり、きゅう用）

（令和　　年　　月分）

はり師・きゅう師記入欄

① 被保険者証等の記号・番号	記号		② 受療者の氏名		本人
	番号			生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日	家族

③施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　　月　　日	年　　月　　日 ～ 年　　月　　日	日	新規・継続

傷病名	□神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩 □腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　　）	転帰 継続・治癒・中止・転医
初検料	□はり　□はり（電気鍼併用）　□きゅう　□きゅう（電気温灸器併用） □はり、きゅう併用　□はり、きゅう併用（電気鍼併用・電気温灸器併用）	円

施術料	施術の種類	1術　回	2術　回	摘要
	通所	円 ×	回＝　円	
	訪問施術料　1	円 ×	回＝　円	
	訪問施術料　2（3人～9人）	円 ×	回＝　円	
	訪問施術料　3（10人以上）	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	
	特別地域	円 ×	回＝　円	
往療料		円 ×	回＝　円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円 ×	回＝　円	
合計			円	

施術日	月	通所 ○　往療 ◎　訪問1 ①　訪問2 ②　訪問3 ③																														
	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

往療又は訪問の理由（　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2．認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3．その他（　　））

④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.出張専門施術者住所地

令和　　年　　月　　日

施設の所在地

はり師、きゅう師　名称

氏名

電話

はり師　免許登録番号（　　）

きゅう師　免許登録番号（　　）

⑤同意記録

同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		年　月　日		
再同意医師氏名	**住所**	**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）　●施術報告書（写し）
（初療日または医師の同意日から６か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には**医師の再同意書**を添付してください。また、施術報告書を施術者から貰い受けた時その写しを添付してください。）

【注意事項】慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。（本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。）

（令和６年10月）