

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額	受付整理No.	
						資格取得日	資格喪失日
					円	令和 年 月 日	令和 年 月 日
					施術回数 回目	給付割合 割	決済年月日 令和 年 月 日

受付年月日

被保険者 健康保険 療養費支給申請書 【はり・きゅう】 (令和 年 月分)

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	—	会社箇所名	—																										
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日																							
	受診者氏名 受診者が被扶養者の場合	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄																						
	傷病名			発病(負傷) 年月日	令和	年	月	日																						
発病(負傷)の 原因および経過			業務によるものですか? はい・いいえ																											
被 保 険 者 署 名 欄	振込先口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:																								
	被保険者名義	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号:	番号:																									
確 認 欄	<input type="checkbox"/>	償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。																												
	<input type="checkbox"/>	歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。																												
	<input type="checkbox"/>	初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。																												
	<input type="checkbox"/>	施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。																												
被 保 険 者 署 名 欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿																													
	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 年 月 日 〒 — 連絡先(携帯)TEL — — 住所 被保険者の署名																													
は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	今回施術期間			実日数	請求区分	転帰																							
	H・R 年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																							
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																												
	初検料	1はり・2きゅう・3はりきゅう併用				円	摘 要 ※治療部位を必ず記入して下さい																							
	施 術 内 容 欄	施 術	はり	円×	回=	円																								
			きゅう	円×	回=	円																								
			はり・きゅう併用	円×	回=	円																								
		料	電療料(1電気針・2電気温灸器・3電気光線器具)	円×	回=	円																								
		※「摘要欄」に 要理由記載の事	往療料 4kmまで	円×	回=	円																								
			往療料 4km超	円×	回=	円																								
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円×	回=	円																										
	費用額計					円																								
	施術日: 通院○・往診◎	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																											
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																							
					H・R 年 月 日																									
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。 令和 年 月 日																													
	免許登録番号()	住所			はり師・きゅう師	署名																								
	連絡先TEL	—		—																										

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(針灸師証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。