

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	平成 年 月 日	平成 年 月 日
					回数	給付割合	決済年月日
						平成 年 月 日	平成 年 月 日

付 年 月
**施術を受けた年月
をご記入ください**

被保険者 **家族** **健康保険療養費支給申請書** 【はり・きゅう】 (令和 6 年 6 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	99 — 1234	会社箇所名	近畿日本ツーリスト(株) ○○支店		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	勤務先電話	03 — 1234 — 5678		
	受診者氏名 受診者が被扶養者の場合	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成	45 年 11 月 22 日	
	傷病名	腰痛症		発病(負傷)年月日	令和 6 年 3 月 10 日	
	発病(負傷)の原因および経過	中腰で引っ越しの片付けをしていたら痛み出した。		業務によるものですか? はい・いいえ		
	被保険者名義振込先口座	みずほ 銀行 大手町 支店	普通当座	口座番号: 1428579	カカナ 口座名義: ケンボ タロウ	
		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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。
申請者署名欄	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6年6月10日 〒101-0031 連絡先(携帯)TEL 090-9999-9999
	住所 東京都千代田区東神田1-1-1 被保険者の署名 健保 太郎 ←署名によること

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	令和 年 月 日	今回施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	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	はり	円 × 回 =	円			
		きゅう	円 × 回 =	円			
		はり・きゅう併用	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			
	※「摘要欄」に 要理自記載の事	往療料(4kmまで)	円 × 回 =	円			
	往療料(4km以上)	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						

※ 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。