

【注意事項】

1. 被保険者証の記号・番号は保険証上部に記載されています。
2. 申請書は、月（1日から末日）を単位に申請してください。
3. 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）

【添付書類】

- ・施術料の領収書の原本
- ・施術内容証明書（はり・きゅう用）の原本
- ・医師の同意書（原本）
※初療の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。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう用)

被保険者(申請者)記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日	
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	ケンポ タロウ 健保 太郎		所属	部署名(出向者は出向先の会社名) を記入してください。			
	住所	(〒 485 - 0831) 愛知県小牧市〇〇〇1-〇-〇 △△マンション〇〇〇号室						
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅	0568	(xx)	xxxx	携帯	090	(xxxx)
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

照会	照会等の 同意	私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者等に必要情報を提示すること及び照会することに同意します。また、照会先が貴保険組合に情報を提示することに同意します。なお、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名	健保 太郎
----	------------	---	----	-------

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義 の区分
ケンポ゜ タロウ						

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です	必要です
マイナンバー	記入不要
被保険者のマイナンバー記載欄	

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう用)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容

1 受診者

2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

生年月日

☒ 昭和 ☐ 平成

59 年 12 月 15 日

2 傷病名

☐ 神経痛

☐ 頸腕症候群

☐ リウマチ

☐ 五十肩

☒ 腰痛症

☐ 頸椎捻挫後遺症

☐ その他 ()

3 発病または負傷年月日

平成 29 年 9 月 9 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

詳しく記入してください

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 施術を受けた施術所

名称

〇〇施術所

所在地

小牧市〇〇5-9

6 施術を受けた日
(〇を付けてください)

(平成) 年 月 日 年 月 日

施術を受けた期間と日の数を記入

1
17

施術を受けた日に〇を付けてください

15 16
31

※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。

7 再同意方法
(同意書がない場合に
記入してください。)

☐ 受療者

・電話 (年 月 日)

☐ 家族

・診察日に口頭 (年 月 日) で同意を得た。

☐ はり師

・電話 (年 月 日)

☐ きゅう師

・文書 (年 月 日) で同意を得た。

※同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。