

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
認定日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書( 年 月分)(はり・きゅう用)

被保険者欄	被保険者等記号・番号	1324 -	社員No.		被保険者氏名	
	療養を受けた者の氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	生年月日	昭平令 年 月 日
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			
	発病(負傷)の原因および経過		業務上、外、第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他( )		
施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)						
申請欄	下記のとおり療養に要した費用に関して支給を申請します。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日					被保険者住所 〒 氏名

施術内容欄	初療年月日		施術期間	自・令 年 月 日 ~ 至・令 年 月 日	実日数	請求区分	転帰																											
		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.頰椎捻挫後遺症 7.その他( )																																
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり、きゅう併用																																
	施術料	はり・きゅう	施術の種類		1術 回	2術 回	摘要																											
		通所	円 ×	回 =	円																													
		訪問施療料 1	円 ×	回 =	円																													
		訪問施療料 2	円 ×	回 =	円																													
		訪問施療料 3 (3人~9人)	円 ×	回 =	円																													
	訪問施療料 3 (10人以上)	円 ×	回 =	円																														
電療料(加算/1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)	円 ×	回 =	円																															
特別地域(加算)	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	訪問1①	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		
通所○ 訪問2②																																		
往療◎ 訪問3③																																		
○往療または訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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( ))																																		

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	〒 -		
	免許登録番号	はり師	施術所所在地	
	免許登録番号	きゅう師	名称	
			施術管理者氏名	

同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	記入者氏名
			令和 年 月 日			

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 令和 年 月 日 事業所所在地 受任者 名称 事業主氏名					
--------	--	--	--	--	--	--

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付) ※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) □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 (注)口座情報の反映には数日を要します。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。					
	金融機関コード				店番号	
	□銀行 □信用金庫 □( )			□本店 □支店 □出張所		
口座番号			口座名義(ナで記入)			
普通						

【添付書類】②~④は該当する場合のみ  
①領収書(原本)②医師の同意書(原本)③施術報告書(写)  
④1年以上、月16回以上施術継続理由・状態記入書  
※同意書の有効期限:最長6カ月  
初療日・再同意日が1~15日:当該月の5か月後の月末  
初療日・再同意日が16~31日:当該月の6か月後の月末

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。  
※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。  
※申請書は暦月を単位として作成してください。  
※「施術内容」「施術証明欄」は施術管理者へ記入を依頼してください。  
※「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。  
ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、該当同意書に基づく支給期間内の場合、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

【請求書提出  
人事総務G