

※ 必ずペンで記入(鉛筆不可)、捺印は朱肉使用のものを使用してください。  
 ※ 被保険者(社員)記入欄・施術師記入欄 共に、記入漏れ・㊟漏れがある場合、受付できません。

受診月毎に提出が必要です

記入例

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゆう用)  
 被扶養者

平成 30 年 4 月分 第 1 回目

被保険者(社員)記入欄

被保険者証	記号	1	被保険者の氏名と ㊟	大塚 太郎		㊟
	番号	12345				
被保険者の住所	〒344-0000 埼玉県春日部市000-000 (〒0000-00-0000)					
療養を受けた者の氏名	大塚 花子	続柄	妻	生年月日	㊟平成 55 年 5 月 15 日生	
傷病名	五十肩		発病又は負傷の年月日	平成 30 年 1 月 1 日		
発病又は負傷原因	不明		業務上・外、第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為		
傷病の経過	肩から後頭部まで痛む日もあるが、はり灸治療により少しずつ改善されている		施術を受けた施術所	名称	〇〇はり灸院	
			施術者氏名	佐藤 猛		
振込希望銀行口座	(フリガナ 〇〇 )	店No.	000	口座No.	1234567	
	( 〇〇〇 )	種類	普通 貯蓄 当座	名義人氏名	(フリガナ オオツカ タロウ ) 大塚 太郎	
※被保険者名義	〇〇〇	支店				

必ず被保険者名義の口座を記入

施術師記入欄

初療年月日	平成 年 月 日		施術期間		実日数	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日	
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩			請求区分	転帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )			新規 継続	継続・治療・中止・転医	
初検料	1 はり 2 きゆう 3 はりきゆう併用		円		摘要	
			円			
施術料	はり		円			
	きゆう		円			
電療料	はりきゆう併用		円			
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具		円			
往療料	4 km まで		円×	回=	円	
往療料	4 km 超		円×	回=	円	
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円×	回=	円	

施術師の方へ  
 該当病名に必ず〇をつけてください。

施術師の方へ  
 ● 全ての欄について漏れなくご記入ください。  
 ※記入もれ・捺印もれがある場合は受付できません。  
 ● 添付書類については、厚労省通知どおり。

同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	医療機関名	- 受付日付印 -
	傷病名	同意年月日	要加療期間	
	平成 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		

必要添付書類 ※ 領収書(原本)  
 ※ 『医師の同意書(原本)』他  
 ※ 病名が 頸椎捻挫後遺症 の場合は 『負傷原因調書』