

健 保 記 入 欄	決定額	円		決定日	令和	年	月	日
	支給内訳	療養		令和	年	月	日	係
		高額						
	資格取得	昭・平・令	年					
	資格喪失	令和	年					
支払区分	7割	・	8割					

記入例

健康保険【被保険者・家族】療養費支給申請書（はり・きゆう用）令和 年 月分

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号番号	記号 1 番号 4321	② 被保険者の氏名 氏名（自署）	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎		男	
	③ 被保険者の現住所等	〒123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ハイツ201 ※都道府県名から記入 電話番号 (0123 - 456 - 7890)					
	④ 事業所名称	関東いすゞ自動車株式会社		⑤ 勤務支店名	〇〇支店		
	⑥ 施術を受けた者	氏名	健康 花子	生年月日	昭和 32年 9月 23日 平成	被保険者との続柄	妻
	⑦ 傷病名 (医師の同意を受けた)	リウマチ		⑧ 第三者の行為による負傷ですか	はい・いいえ		
	⑨ 傷病の原因及びその経過	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したかを記入		⑩ 施術に要した費用	24,600 円		
	委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 なお、関東いすゞ健康保険組合が医療機関などの関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また、当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 △年 ○月 □日 被保険者氏名（自署） 健康 太郎					
	支払先金融機関	※被保険者が「退職している（任意継続含む）」場合に記入。＜名義は被保険者に限る＞					
	金融機関名	銀行	組合	支店名	本店	出張所	
		金庫	農協		支店		
口座番号	預金種別		普通	当座			

施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	実日数	請求区分
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()			日	新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要
	初 検 料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう			円	
	施 術	はり			円	
		きゆう			円	
	料	はり・きゆう併用	円 × 回 =	円		
		電療料	円 × 回 =	円		
		<input type="checkbox"/> 電気針 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 電気光線器具	円 × 回 =	円		
		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○、往療◎ (月施術分)	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				
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		所在地			
	はり師免許登録番号		施術所			
	きゆう師免許登録番号		施術管理者名			
			電 話			

施術者記入欄

同意記録	同意医師氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間