

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者 申請者 情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	28	12345			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	年 月 日 560301	
	住所	(〒 650 - 0000) 兵庫県 神戸市○○区△△通1-2				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (○○○) △△△△				
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)						

振込先 指定口座	☒ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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 (カタカナ)					

同意欄	私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。	
	令和 8 年 5 月 1 日	受診者署名 健保 花子

「申請者・施術者記入用」は2ページに続きます。》》》

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R8.9

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

被保険者 (申請者) ・ 施術者 記入用

被保険者記入欄	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 ☐ 令和 56 年 9 月 10 日
	2 傷病名	神経痛	3 発病または 負傷年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 6 年 3 月 1 日
	4 発症又は負傷の原因および その経過 (詳しく)	☐ 業務上・通勤途上による ☐ 交通事故等第三者行為による (あてはまる場合は ☒) (具体的に) 日常生活における疲労の積み重ねで、家事をしていて徐々に痛くなった。 発症から1年以上経過しているが、全快に至っていない。		
	5 施術した場所	(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)		

施術者 (はり師・きゅう師) 記入欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	(令和) 年 月 日	(令和) 年 月 日	(令和) 年 月 日			
	傷病名	継続				
	初検					
	傷病名					
	初検					
	傷病名					
	初検					
	傷病名					
	初検					
施術者記入欄につき 施術者に記入してもらってください						
往療 施術 明細	31					5 訪問施術料 5
※集 施 術 日						往療 訪問
施 術 料						上 住 所
施 術 明 細						施 術 氏 名
同意記録	同意医師					加療期間
	令和 年 月 日					