

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あはき用)

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

※申請は、受診者1人毎、1か月につき1枚提出ください。

月 日～ 月 日 ( 日間)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証	右づめでご記入ください。ハイフン(―)または(枝番)の後にある2桁は記入しないでください		年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)	家族が受診した場合、家族の名前(続柄)		(フリガナ)	
	住所	(〒 - )	都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(在籍者は、委任するに <input checked="" type="checkbox"/> してください)						

退職後の申請の場合は、振込先指定口座を記入ください。( 年 月 日退職)

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/> 右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(ˆ)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

在籍者は口座名義の区分を「2.代理人」とし、記入・押印ください。  
代理人は「雇用関係」のある事業主とし、給付金は事業主経由で支給します。

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。	年 月 日
	代理人	氏名・印 <input type="text"/> 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ (〒 - ) TEL ( ) 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	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。>>>

(2021.4)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 <input type="text"/>	受付日付印 <input type="text"/>
---	-------------------------------

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あはき用)

1 2 3

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	生年月日 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 「負傷原因届」を併せてご提出ください。	
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地 診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間(日付)	年 月分 ※診察を受けた日に○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 日数 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
	7 療養に要した費用の額	円	
	8 診療の内容 (はり・きゅう、電療等の受診内容)		
	9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. はり・きゅう <input type="checkbox"/> 2. あん摩・マッサージ・指圧	
	10 同意記録	医師の氏名等 住 所 電話番号 ( )	同意年月日 年 月 日 傷病名

【添付書類】

- ①『領収書原本』  
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの
- ②『医師の施術同意書(原本)』  
初療日から6カ月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は再度、医師の診察のうえ施術同意(再同意)を受けることが必要  
また、同意期間内において2回目以降の請求については、**医師同意書の写し**を添付すること
- ③『施術報告書(写し)』  
施術者の施術報告書交付料の算定がおこなわれている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを添付

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あはき用)

1

2

3

施術師 記入用

(はり・きゅう師の記入欄)

施術内容欄	初療年月日	年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続			
	施術期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日							
	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. 頸椎捻挫後遺症                      7. その他 (                      )				転帰	継続・治癒・中止		
	施術日 通院○ 往療◎	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							
	初検料	1. はり    2. きゅう    3. はり・きゅう併用		円	<b>摘要</b> * 往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。				
	施療料	はり		円× 回数= 円					
		きゅう		円× 回数= 円					
		はり・きゅう併用		円× 回数= 円					
		電療料	1. 電気針    2. 電気温灸器    3. 電気光線器具					円× 回数= 円	
	往療料	4 Kmまで		円× 回数= 円					
4 Km超		円× 回数= 円							
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円× 回数= 円						
<b>費用額合計</b>			円						
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。							住所	
	年 月 日				施術所名称				
	免許登録番号                      はり師				氏名				
	免許登録番号                      きゅう師				電話 (                      )				

(あん摩・マッサージ、指圧師の記入欄)

施術内容欄	初療年月日	年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	施術期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日					
	傷病名及び 症状詳細					転帰	継続・治癒・中止
	施術日 通院○ 往療◎	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					
	マッサージ	躯幹		円×	回数=	円	<b>摘要</b> * 往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。
		右上肢		円×	回数=	円	
		左上肢		円×	回数=	円	
		右下肢		円×	回数=	円	
		左下肢		円×	回数=	円	
	変形徒手矯正術			円×	肢× 回数=	円	
温罨法			円×	回数=	円		
温罨法・電気光線器具			円×	回数=	円		
往療料	4 Kmまで		円×	回数=	円		
	4 Km超		円×	回数=	円		
施術報告書交付料			円×	回数=	円	(前回支給: 年 月分)	
<b>費用額合計</b>			円				
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。				住所		
	年 月 日				施術所名称		
	免許登録番号				氏名		
	あん摩・マッサージ、指圧師				電話 (                      )		