

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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 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(゜)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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (〒 -) TEL () 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	受付日付印 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
--	--

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	摘要 * 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							
費用額合計				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					
	免許登録番号				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	摘要 * 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)			
費用額合計				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 ()		