

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

1 2
はり・きゅう用

被 保 険 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下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 9 9 9	5 0		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年 月日	元号 昭和	年 月 日 4 7 0 9 1 5
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都道府県	〇〇市〇〇町〇番〇〇〇 〇〇〇マンション 〇〇〇号室		
	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000			
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> マイナンバー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。) <small>注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナンバー等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。</small>				
	※在职期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。				
	金融機関名・店舗名	農業協同組合			本店 支店
	金融機関コード ・店番号		口座 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号
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文字としてご記入ください。			口座名義 の区分	1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者	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	
		氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		氏名	(フリガナ)		

「被保険者記入欄」は2ページに続きます。>>>

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書【原本】 ・施術内容証明書(別紙に証明を受けた場合) ・医師の同意書【原本】(別紙に証明を受けた場合) ※初療日又は医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には、医師の再同意が必要です。 ・施術報告書【写し】(施術所から貰い受けた場合) 	受付日付印
注意事項	慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。 (本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

1

2

被保険者欄	○被保険者等記号・番号 9999		○発病又は負傷年月日 令和○年 4 月 5 日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 腰痛症、寢室を掃除中に腰が痛みだした。整形外科を受診し、鍼灸の治療を勧められて治療を始めた。痛みは和らぐも、通院中。			
	療養を受けた者の氏名 健保 花子		(7カガ) ケンボ ハナコ		続柄 ○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())			
	性別 男・女 女		誕生日 昭和・平・令 48 年 11 月 3 日生		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)			
	妻							
はり師・きゅう師記入欄	初療年月日 () 年 月 日		施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				実日数 日	請求区分 新規・継続
	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・転医	
	初検料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用						円	
	はり・きゅう		施術の種類		1術 回		2術 回	
	通所		円×		回=		円	
	訪問施術料 1		円×		回=		円	
	訪問施術料 2		円×		回=		円	
	訪問施術料 3 (3人~9人)		円×		回=		円	
	訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円	
	電療料 (加算) 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具		円×		回=		円	
	特別地域 (加算)		円×		回=		円	
	往療料		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 訪問1①		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						
通所○ 訪問2②								
往療◎ 訪問3③								
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())								
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		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
免許登録番号		はり師		住所				
免許登録番号		きゅう師		氏名		電話		
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		
				令和 年 月 日				