健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（　年　月分）

太枠線内は、すべて記入してください。

（はり・きゅう用）

被保険者の記入欄

被保険者証の記号・番号	ー	事業所名	
施術を受けた者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日　続柄
傷病名（医師の同意を受けた）		発症又は負傷の年月日	平成・令和　年　月　日
発症又は負傷の原因及びその経過		第三者行為によるものですか	いいえ・はい
施術を受けた施術所の	名称	施術者氏名	
	所在地		
施術の期間（支給期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日数　日	施術に要した費用の額 ※領収書（原本）を提出　円

同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			令和　年　月　日		

上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。

令和　年　月　日

〒

被保険者　住所

氏名　㊞

明治グループ健康保険組合理事長　殿

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	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	摘要
施術料　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	月																														

○往療又は訪問の理由（　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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（　））

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。

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

令和　年　月　日

免許登録番号　はり師

免許登録番号　きゅう師

〒　ー

住所

氏名　㊞　電話

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

健保受付印

備考欄

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

（給付様式1-2号）06.10