

伺い年月日		年	月	日							
資格	取得	年	月	日	被扶養者資格	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
	喪失	年	月	日	有・無						
該当条文		法第87条・法第110条									
支給決議書	○ 算出基礎					支給額					
	種別		費用の額		決定点数		法定給付				
							付加給付				
一部不支給	期間	年	月	日	回数	理由					
		年	月	日	回						

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄	被保険者証の記号・番号		事業所名称								
	被保険者氏名		(フリガナ)		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）						
	生年月日		昭・平・令 年 月 日生								
	被保険者住所		郵便番号								
	療養が被扶養者に関するとき		被扶養者氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日生		被保険者との続柄		
	発病の原因及びその経過										
業務上・外、第三者行為の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			発病又は負傷年月日		年 月 日				
施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分		
	年 月 日		自 年 月 日～至 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		1. はり				円× 回＝ 円				
			2. きゅう				円× 回＝ 円				
			3. はり・きゅう併用				円× 回＝ 円				
	電療料		1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具				円× 回＝ 円				
	往療料		4 kmまで				円× 回＝ 円				
		4 km超				円× 回＝ 円					
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）						円× 回＝ 円					
合計						円					
施術日 通院○ 往療◎		月 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									
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				
	年 月 日				所在地						
	免許登録番号		はり師		所在地						
	免許登録番号		きゅう師		施術所名						
				施術管理者名		電話					
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		
					年 月 日						
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										
	年 月 日		〒								
	静岡県信用金庫健康保険組合理事長 殿				申請者		住所				
				(被保険者)		氏名		電話			

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
 マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認書類をするための添付書類が必要です。
 ※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

備考

--