

支給決議書				常務理事	事務長	担当者
受付年月日	令和 年 月 日	資格取	<b>記入例</b>			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪				
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】		任継加入	任継未加入	
療養費査定書						
項目	点数	単価	請求金額	査定点数	査定額	備考
科目	支給額	健 保 使 用 欄		支給額	備考	
療 養 費	円	円	円	円	円	円
自 己 負 担 額	円	円	円	円	円	円
一 部 負 担 還 元 金	円	円	円	円	円	円
款	項	目	支 給 額			
保険給付費	法定給付費	療 養 費				
		第 二 家 族 療 養 費				
		高 額 療 養 費				
		一 部 負 担 還 元 金				
		家 族 療 養 付 加 金				
	付加給付費					

該当しない方に二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族療養費 支給申請書 (はり・きゅう用) 1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年齢
		〇〇〇〇	—	〇〇〇〇	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇 歳
	氏名	(フリガナ)	〇〇 〇〇〇	事業所/所属先	〇〇〇〇(株) 〇〇〇〇〇支店
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号
電話番号	【自宅】	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	【携帯】	〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	

振込先指定口座	金融機関名	金融機関コード	〇 〇 〇 〇	銀行	金庫	信組	支店コード	〇 〇 〇	本店	支店	出張所
		〇〇〇〇		農協	漁業		〇〇〇	本所	支所		
	預金種別	普通	別段	口座番号	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。						
口座名義	(カタカナ)	こちらを記入された場合は「受取代理人欄」を必ず記入してください。									

該当する場合は記入してください。

受取代理人の欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	【TEL】	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	被保険者と代理人との関係
		〇〇	都道府県	〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		〇
	氏名	△△ △△△△				

委任状欄	被保険者(申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 〇〇年 〇月 〇日
	事業主名	〇〇〇〇(株) 代表取締役 〇〇〇〇	必ず記入してください。 *退職された方は、委任状欄の記入は不要です。	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		受付日付印
<当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。>		
<マイナンバーを記入した場合> ◆本人確認書類の添付が必要です。 ◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。		

該当しない方に  
二重線を引いてください。

※2枚目は施術機関発行の専用用紙添付可

被保険者氏名	〇〇 〇〇〇
--------	--------

《添付書類》  
 ●領収書の原本  
 ●医師の同意書を添付してください(初回のみ)

受診者欄	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇〇 男・女	続柄	〇〇	傷病名	〇〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
	発病又は負傷年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			発症又は負傷の原因及びその経過	
	業務上・業務外、 第三者行為の有無	業務上 第三者行為である その他				〇〇〇〇〇

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日	実日数		請求区分	
	施術期間	自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日	日		新規・継続	
	傷病名	神経痛 リウマチ 頸腕症候群 五十肩 腰痛症 頸椎捻挫後遺症 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			
	施術料	はり	円 × 回 =	円		
		きゅう	円 × 回 =	円		
		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	2 km	円 × 回 =	円		
	加算	( km )	円 × 回 =	円		
費用額計			円			
施術日	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					
通院○						
往療◎						

施術機関発行の専用用紙添付可

施術証明・領収欄	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
	〒 住所
	はり師・きゅう師 氏名
	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