

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	記入例			
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	昭和平成	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	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他	支店コード	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通 別段 当座 通知	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	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
	氏名	〇〇 都道府県	〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	

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
<p>＜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。＞</p> <p>＜マイナンバーを記入した場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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
	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