

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

Example - Acupuncture / Moxibustion

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書 (H30年10月分) (はり・きゅう用)

被保険者証の記号	① 1234	番号	② 12345678	生年月日	S・H ③ 50 年 6 月 1 日			
氏名	④ 山口 太郎		⑤	自署の場合 押印省略可	事業所 名称 ⑤ (株)ファーストリテイリング			
住所	(〒 ⑥ -)	TEL		()				
被 保 険 者 記 入 欄	施術が被扶養者に 関するときは、その方の	氏名	⑦ 山口 花子		生年月日	S・H ⑧ 50 年 6 月 7 日	被保険者との続柄	⑨ 妻
	傷病名	⑩ 腰痛症			発症・負傷 年月日	⑪ H30 年 1 月 10 日		
	傷病の原因 及び経過	⑫ 日常生活における疲労の積み重ね、経過は良好						
		第三者の行為によるものですか → ⑬ はい・⑭ いいえ			業務によるものですか → ⑬ はい・⑭ いいえ			
同意記録								
同意医師の氏名	⑮ 赤坂 一郎		住所	⑯ O県O市***-**		同意年月日	⑰ H** 年 * 月 * 日	
傷病名	⑱ 腰痛症			要加療期間	⑲ 6ヶ月			
支給	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。							
	⑳ 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。							
払付	振込先 銀行	銀行 金庫・農協		支店	口座 番号	※口座番号は左詰めでご記入ください		
先金	預金 種別	普通・当座 貯蓄	口座 名義	(1) 漢字	(2) カタカナ			

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
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり、きゅう併用			治癒・中止
施 術 料	はり	円×	回=	摘 要
	きゅう	円×	回=	
	はり・きゅう併用	円×	回=	
	電療料	円×	回=	
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円×	回=	
往療料	4kmまで	円×	回=	
往療料	4km超	円×	回=	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×		回=	円
費用	額 計		円	円
施術日 通院○ 往療○	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。

年 月 日 住所 保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地

免許登録番号 _____ はり師

免許登録番号 _____ きゅう師 氏名 ⑳ 電話

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	㊟
--------------------	---

[備考] (記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑳ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。

Information of Insured Person

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Birth Date
- ④ Name(with katakana) and Seal or Signature
- ⑤ Business Entity Name
- ⑥ Address(with Zip Code) and Telephone Number

* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.

⑦⑧⑨

Name, Date Birth, Relationship of Dependent if this is about him/her

* If applying for a child, do not simply write “Child” as the relationship. Instead, write “Eldest son”, “Eldest daughter”, etc.

- ⑩ Name of Illness or Injury
- ⑪ Date of Illness or Injury
- ⑫ Causes and History of Illness or Injury
- ⑬ Caused by a Third-party ?

Circle one Yes : はい , No : いいえ

- ⑭ Caused by work ?

Circle one Yes : はい , No : いいえ

⑮⑯⑰⑱⑲

Name of Consenting Doctor, Address, Date of Consent, Name of Illness or Injury, Required Medical Treatment Period

⑳

* In general, payment can only be made to an account in the insured person's name.

If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.

㉑

Please request that the acupuncture or moxibustion practitioner from whom you received treatment fill this out.

(Documents needed to be attached)

- The original receipt showing the name of the person who received treatment
- The original consent form received from the doctor (necessary the first time and each time consent is received)
- A copy of the treatment report (if one is provided by the practitioner)

㉒

If you enter the Symbol and Number in the ①② field, filling in is unnecessary.