健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書【はり・きゆう用】

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX	
	被保険者氏名	ツカサ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年12月22日	
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆◆マンション XXX号				
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		療養を受けた者の生年月日	平成3年12月22日	
	発症または負傷の原因	▲▲▲による後遺症				
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

施術内容欄	初療年月日	初療期間	実日数	請求区分	
	平・令	この欄は、はり師・きゆう師に記入を依頼してください		継続	
	傷病			停	
	初回			中止・転医	
	初検			要	
	2回目以降				
	施術日				
	通院○ 往療◎			15	30 31
	令和 年			15	30 31
	登録記号番				
備考					
同意記録	同意			要加療期間	

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
2. 治療内容の書いてある領収書原本

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

受付日付印