

# 療養費支給申請書（はり・きゅう）記入例

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

はり・きゅう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	1 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称	△△ガラス株式会社
	2 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区××	電話番号 (日中の連絡先)	080 (1234) 5678
		1-2-3 □□マンション457	提出委任	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を専業主へ依頼します。 (専業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。  
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。  
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

3 振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	

4 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	令和 7 年 4 月 1 日
	氏名	健保 太郎	
	住所	東京都〇〇区××5-6-7	
	受任者 (専業主)	事業所名 △△ガラス株式会社 氏名 代表取締役 ○山 △男	

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 平成 5 年 7 月 1 日 続柄(妻)		
	傷病名	頸腕症候群	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 7 年 3 月 9 日
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因 痛みが続いており投薬を行っていたが改善されないため 経過		
	施術を受けた施術所	名称 ○〇鍼灸院 所在地 東京都〇〇区△△5-6	施術者氏名 ○〇 ○〇	施術に要した費用 ×, ××× 円
	施術期間(支給期間)	令和 7 年 4 月 5 日から 令和 7 年 4 月 30 日まで (日数 3 日)		
	6 同意記録	氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間		
同意医師	△△ △△ 東京都〇〇区××4-1 令和7年4月2日 頸腕症候群 3ヶ月			
再同意医師				

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

7 同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎
-------	---------------------------------------------------------------

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

◇ この申請書は、施術月ごとに作成してください。(一枚の申請書で複数月の申請はできません)

- 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所、振込先口座も同様です)。また、戸籍謄本等の原本(被保険者との続柄がわかるもの)を添付してください。
- 4 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。  
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し(銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの)を添付してください。  
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
詳しくは、当組合にお問い合わせください。
- 医師の同意書をもとにご記入ください。要加療期間が不明の場合は、空欄としてください。
- 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

\* 保険医療機関(病院・診療所など)で同じ対象疾病の治療を受けている間は、はり・きゅう施術を受けても保険の対象とはなりませんのでご注意ください。

\* 単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のための施術は保険の対象とはなりませんのでご注意ください。

\* 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

\* 消せるボールペンは使用しないでください。 \* 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

## 添付書類

領収書の原本	受診者のフルネームが記載されたものを添付してください。
医師の同意書	初回 医師による適当な治療手段がなく、はり・きゅうの施術を受けることを認める医師の同意書 6か月ごと 6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察を受けた医師からの再同意書 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">初療の日または再同意日が、月の1日~15日まで 当該日の5か月後の末日まで有効 月の16日~末日まで 当該日の6か月後の末日まで有効</div> ※ 同意書、再同意書の交付に当たっては、医師による診察が必要となります。
施術報告書の写し	施術報告書交付料が徴収された場合に添付してください。