

|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------|--|------|---------------------------------------|--|--|---------|--|--|--|--|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者欄                                                                          | ○被保険者の記号番号                               |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | ○発病又は負傷年月日                     |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過                  |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 1                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9                                                                                   | 令和 6 年 10 月 1 日                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 詳細記入                                  |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 療養を受けた者の氏名<br><br>健保 太郎                  |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | (フリガナ) ケンポ タロウ                 |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 続 柄                                   |  |  |         |  |  |  |  |      | ○業務上・外、第三者行為の有無 ※その他はカッコ内記入                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 男・女                            |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( ) |  |  |         |  |  |  |  |      | 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他<br>( ※その他を選択した場合は詳細記入 )<br>○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)<br>該当する場合は記入 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術内容欄                                                                          | 初療年月日                                    |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 施 術 期 間                        |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 実日数                                   |  |  | 請 求 区 分 |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 令和 年 月 日                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 自・令和 年 月 日～至・令和 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 |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 転 帰                                   |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )   |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 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 )        |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 摘 要                            |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 施 術<br>はり・きゅう                            |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 施術の種類                          |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 1 術 回 2 術 回                           |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 通所                             |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 円× 回＝ 円                               |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 訪問施術料 1                        |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 円× 回＝ 円                               |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     | 訪問施術料 2                        |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      | 円× 回＝ 円                               |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 施術管理者へ記入をお願いします。                         |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 特別地域(加算)                                                                                                                                         |  |  |                         |  |      |                                       |  |  | 円× 回＝ 円 |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 往 療 料                                                                                                                                            |  |  |                         |  |      |                                       |  |  | 円× 回＝ 円 |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)                                                                                                                            |  |  |                         |  |      |                                       |  |  | 円× 回＝ 円 |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計                                                                            |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 円                                                                                                                                                |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日                                                                            |                                          |   |   |   |   |   |   |   | 訪問1①                                                                                |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  | 訪問2② |                                       |  |  |         |  |  |  |  | 訪問3③ |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○住療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他( ) ) |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 保健所登録区分                                                                                                                                          |  |  | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 令和 年 月 日                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 所在地                                                                                                                                              |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 登録記号番号                                   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 名 称                                                                                                                                              |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 施術管理者                                    |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 氏 名 電話                                                                                                                                           |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請欄                                                                            | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。            |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 〒                                                                                                                                                |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 令和 年 月 日                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 申請者 住 所 (被保険者)                                                                                                                                   |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払機関欄                                                                          | 支払区分                                     |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 原則、お勤め中の方は、1. 事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、2. 銀行送金または3. 郵便局送金(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。 ※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。 ★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。 |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 1. 事業所経由 2. 銀行 3. 郵便局送金 4. 当 5. 公金受取口座利用 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | 店 出張所 郵便局                                                                                                                                        |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 口座名義 カタカナで記入                             |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同意記録                                                                           | 同意書添付の際 は記入不要です。                         |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            | お勤め中の方は、事業主経由になります。 令和7年4月1日より 「申請者」について、被保険者の住所・氏名を記入し、「代理人」の住所に事業所住所、氏名に事業主名の 記入をお願いします。 ※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。                              |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。             |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  |            |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 (被保険者) 住所 氏 名                                                              |                                          |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                     |                                |  | 代理人 住所 氏 名 |                                                                                                                                                  |  |  |                         |  |      |                                       |  |  |         |  |  |  |  |      |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

<記入にあたっての注意事項>

◆保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

※原則、在職中の方は、「1.事業所経由」を選択してください。利用しない人は銀行名等詳細記入してください。  
公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>

本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接、健康保険組合へ提出してください）  
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<給付金に関する受領について>

在籍者は、原則事業主に委任となりますので、代理人欄には、事業主の住所・事業所名称を記入して下さい。  
未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

<その他の添付書類（該当する場合）>

- ☐ 医師の同意書（原本）
- ☐ 施術報告書（写し）
- ☐ 往療状況確認表
- ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書