

療養費支給申請書（はり・きゅう）記入例

自動車振興会 健康保険組合 | 業務課給付係 03-3442-7215

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)
 家族

被保険者情報	1 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	(株)〇〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	生年月日	昭平・令〇〇年〇月〇日
	住所	〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090(1234)〇〇〇〇

【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。

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行 金庫・信組 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	1 2 3 4 5 6 7
3 公金受取口座	口座名義	ケンポ タロウ	口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人

公金受取口座 マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)

委任状 4	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係 ()

申請内容	施術された方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか ※ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			
	家族の場合はその方の氏名	氏名	生年月日 昭平・令 年 月 日 続柄 ()			
	傷病名	頸腕症候群	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・毛 〇年 8月 2日		
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は「負傷届」の添付が必要となります)	原因	日常生活における疲労の積み重ね			
	経過					
	施術を受けた施術所	名称	〇〇鍼灸院	施術者氏名	〇〇 〇〇	
		所在地	東京都台東区△△ X-X	施術に要した費用	X,XXX 円	
7 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	△△ △△	台東区□□ X-X-X	令和〇年8月3日	頸腕症候群	3か月
	再同意医師					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

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。

8 マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 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」に記載されています。
- 2 対象者が家族(被扶養者)の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。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。)
- 3 マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。) 注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 4 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
- 5 「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、当健康保険組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 6 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、被保険者との戸籍上の続柄をご記入ください。
- 7 健康保険扱いで、はり・きゅうの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。
- 8 1の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

添付書類 注: 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。

領収書の原本	診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できる領収書の原本
医師の同意書(施術報告書)	初回 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と再同意に当たり、はり・きゅう師から交付された施術報告書の写し

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。