

極秘

療養費支給申請書（本人・家族）

令和 年 月分
（はり・きゅう用）

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の記号と番号		②事業所の名称			
③被保険者の氏名			④被保険者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日（歳）	
⑤被保険者の住所	〒		TEL	（ ）	
⑥療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄（ ）		⑦療養を受けた者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日（歳）	
⑧傷病名			⑩発病又は負傷原因及びその経過		
⑨発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日				
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑫第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑬振込先	銀行振込	銀行	支店	店番号	口座名義（カナ）
	預金種別	普通・当座	口座番号		
<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。（受取代理人を指定する場合は利用できません。）					
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	㊟	
備考欄					

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。（マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

【はり師・きゅう師の記入欄】

施術内容欄	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（ ）	請求区分	新規・継続	
	初療年月日	平・令 年 月 日	⑭施術期間	自：令和 年 月 日～至：令和 年 月 日	
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	実日数	日	
	施術料	はり	円× 回 = 円	摘要 * 往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入ください。	
		きゅう	円× 回 = 円		
		はり・きゅう併用	円× 回 = 円		
		電療料	円× 回 = 円		
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				
	往療料	4 kmまで	円× 回 = 円		
	往療料	4 km超	円× 回 = 円		
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円× 回 = 円			
費用額合計		円			
施術日	通院○ 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 往療◎				
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。令和 年 月 日		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	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	
	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	

【添付書類】「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本（初回及び6か月ごと）

社会保険労務士記載欄