

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	(フリガナ) -----		印
	住所	(〒 [][][] - [][][])	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][] - [][][])		

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ([][][])		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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の代理人に委任します。		令和 [] 年 [] 月 [] 日
		氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 [][][] - [][][])	TEL ([][][] - [][][])	委任者と 代理人との 関係
	(フリガナ) -----	氏名・印	印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

[]

(29.3)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日 平成
 令和

年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

 平成 令和

年	月	日

から

 平成 令和

年	月	日

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間 平成 令和

年	月	日

から

 平成 令和

年	月	日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

- 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
- 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
- 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため

9. その他

(理由)

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日
 平成
 令和

年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

から

 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間
 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

から

 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日
 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

8 装具装着日

 平成 令和
年 月 日

年	月	日
---	---	---

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		□平 □令 年 月 日			
	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	
昭・平 令 年 月 日生				○業務上・外、第三者行為の有無		
				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分
	□平 □令 年 月 日		自・□平□令 年 月 日 ～至・□平□令 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()			転 帰 継続・治癒・中止・転医
	初 検 料				円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					施術者氏名 _____
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施術日 日
		きゅう	円×	回=	円	
		はり・きゅう併用	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入
		電療料	円×	回=	円	往療日 日
	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	往療を必要とした理由	
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 計				円		

施 術 証 明 欄	施術日 通院○ 往療◎	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
	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
	令和 年 月 日		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	所在地		所在地
はり師免許登録番号 _____		施術所名	
きゅう師免許登録番号 _____		施術管理者名	
		☎ 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	被保険者 氏名 (請求者) 住所 ()
船場健康保険組合理事長 殿		☎ 電話 ()

支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 振 込	1. 普通 2. 当座		金庫	支店
口座名義 カタカナで記入		口座番号			

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			□平成 □令和 年 月 日		

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 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。
- ・ 「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。

<その他添付書類(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

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		□平 □令 年 月 日			
	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	
昭・平 令 年 月 日生				○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分	
	□平 □令 年 月 日		自・□平□令 年 月 日 ~ 至・□平□令 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状						日		転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円 右 上 肢 円× 回= 円 左 上 肢 円× 回= 円 右 下 肢 円× 回= 円 左 下 肢 円× 回= 円				円		※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日	
	変 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢×				回= 円		円	
	温 罨 法		円×				回= 円		円	
	温罨法・電気光線器具		円×				回= 円		円	
	往 療 料 4 km まで		円×				回= 円		円	
	往 療 料 4 km 超		円×				回= 円		円	
	施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給: 年 月分)		円×				回= 円		円	
合 計						円		円		

施 術 日	通 院 ○	往 療 ○	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
-------	-------	-------	---	---

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。		令和 年 月 日		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地		所在地		
					施術所名		施術管理者名		
								☎ 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				
	船場健康保険組合理事長 殿				被保険者 (請求者) 住 所 氏 名				
								☎ 電話	

支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店		
	1. 振 込		1. 普通 2. 当座				金庫		支店		
口座名義 カタカナで記入				口座番号							

同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間	
					□平成 □令和 年 月 日					

<記入にあたっての注意事項>

- 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。
- 「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。

<その他添付書類(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