

# 療養費支給申請書（はり・きゅう） 記入例

全国信用保証協会 健康保険組合 | 業務課 03-5542-8058

|                    |           |                    |
|--------------------|-----------|--------------------|
| 健康保険<br>被保険者<br>家族 | 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<br>記号・番号 | 記号 987 番号 654321                          | 事業所名称            | 〇〇〇信用保証協会                                                        |
|        | 氏名               | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎 (押印不要)            | 生年月日             | 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日                                                  |
|        | 住所               | 〒 110- 0000 東京都中央区〇〇<br>1-2-3 □□マンション×××号 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 090 (1234) 〇〇〇〇                                                  |
|        |                  |                                           | 提出委任             | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。<br>(事業主経由(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。

|     |                   |                                                                                 |      |              |
|-----|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| 振込先 | 金融機関名称            | 〇〇〇〇 (銀行 金庫・信託<br>農協・その他( ))                                                    | 預金種別 | 普通・当座・その他( ) |
|     | 口座名義<br>(カタカナで記入) | △△△△ (支店 本店・出張所<br>その他( ))                                                      | 口座番号 | 1234567      |
|     | ③ 公金受取口座          | <input type="checkbox"/> 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<br>(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。 令和 年 月 日<br>氏名 |
|     |   | 代理人<br>(口座名義人)       | 住所<br>氏名 被保険者との関係( )                       |
|     |   | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 |                                            |

|      |   |                 |                                                                            |                                      |
|------|---|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 申請内容 | ⑥ | 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・いいえ             |
|      |   | 家族の場合はその方の      | 氏名 生年月日 昭和 〇〇 年 月 日 続柄( )                                                  |                                      |
|      |   | 傷病名             | 頸腕症候群                                                                      | 発病又は負傷年月日<br>(療養開始日) 平成 〇〇 年 8 月 2 日 |
|      |   | 発病又は負傷の原因及びその経過 | 原因 日常生活における疲労の積み重ね<br>経過                                                   |                                      |
|      |   | 施術を受けた施術所       | 名称 〇〇鍼灸院 所在地 東京都中央区△△×-×                                                   | 施術者氏名 〇〇 〇〇<br>施術に要した費用 ×,××× 円      |
|      |   | 施術期間(支給期間)      | 平成 〇〇 年 8 月 5 日 から 平成 〇〇 年 8 月 30 日 まで (日数 3 日)                            |                                      |
|      | ⑦ | 同意記録            | 氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間                                                      |                                      |

※ 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 | マイナポータル記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。) | マイナポータルを記入した場合、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。 |
|   | 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄                  |                                            |

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（保険証）」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。  
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 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、戸籍上の被保険者と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<br>(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<br>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。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。