

被保険者  
家 族

療養費支給申請書（はり、きゅう用）

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報

※ 被保険者のマイナンバー記載欄  
※以下に被保険者等記号・番号を記入した場合は、  
マイナンバーの記入は不要です

被保険者等  
記号・番号

生年月日

昭和  
平成  
令和

年

月

日

氏 名

住 所

(〒 — )

TEL ( )

申請内容

被扶養者が施術を受けた場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。

氏 名

生年  
月日

昭和  
平成  
令和

年

月

日

続柄

傷病名及び症状

発病又は負傷年月日

平成 ・ 令和

年

月

日

発病又は負傷の原因  
(詳細に記入)

い つ . . .

ど こ で . . .

どのように . . .

第三者によるものですか

はい ・ いいえ

「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

業務中に発生したものですか

はい ・ いいえ

施術を受けた  
施術所

名 称

所在地

施術を受けた日  
(○を付けてください)

令和 年 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 【 日間】

※ 暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。

同 意 欄

保険給付決定に必要が生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することに同意します。

被保険者氏名

※振込先指定口座は上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

振込先指定口座

☐ 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☑、 利用しない場合は下記の欄を記入。)  
注)口座情報の反映には登録から数日を要します。公金口座が正しく登録されているかご確認ください。

銀行

本店

預金種別

口座番号(左づめでご記入ください)

口座名義(カタカナ)

金庫

支店

1. 普通

2. 当座

農協

出張所

【添付書類】 ●領収書(原本) ●医師の同意書(原本) ●施術報告書(写し)

＊ 初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には「医師の再同意書」を添付してください。また、施術報告書を施術者から貰い受けた時は、その写しを添付してください。

【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。

【提出先】 愛知県医療健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目 30 番 60 号 電話 052-269-3203 【R6.12】

施 術 内 容 証 明 書（はり、きゅう用）

(令和 年 月分)

施術者記入用

はり師・きゅう師記入欄

被保険者等記号・番号

続柄

○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

受療者の氏 名

生年月日

昭和・平成・令和

年

月

日

○業務上・外、第三者行為の有無  
(1.業務上 2.第三者行為 3.その他 ( ))

○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)

初療年月日

施 術 期 間

実日数

請求区分

平成 ・ 令和  
年 月 日

令和  
年 月 日 ～ 年 月 日

日

新規 ・ 継続

傷病名

☐神経痛

☐腰痛症

☐頰腕症候群

☐頰椎捻挫後遺症

☐リウマチ

☐五十肩

☐その他 ( )

転 帰

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

円

摘 要

はり、きゅう(施術料)

施術の種類

1 術 回

2 術 回

通所

円 × 回 = 円

①訪問施術料 1

円 × 回 = 円

②訪問施術料 2

円 × 回 = 円

③訪問施術料 3(3人～9人)

円 × 回 = 円

③訪問施術料 3(10人以上)

円 × 回 = 円

電療料 加算／  
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具

円 × 回 = 円

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①  
通所○ 訪問②  
往療◎ 訪問③

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

○往療または訪問の理由( 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、精神障害等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。

令和 年 月 日

はり師、きゅう師

施設の所在地  
名 称  
氏 名  
電 話

はり師  
きゅう師

免許登録番号 ( )  
免許登録番号 ( )

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

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

令和  
年 月 日