

提出ルート：被保険者→事業主→健保  
 (任意継続被保険者は直接 健保へ)

同年月日	年	月	
常務理事	事務長	担当	担当

支払年月日	年	月	日	支給金額			
資格取得	年	月	日	法定給付			
請求金額				円	付加給付		
査定金額				円	支給計		

被保険者 療養費支給申請書 (令和 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		○ 発病または負傷年月日		○ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	—		年 月 日				
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○ 発症または負傷の原因 および その経過			
		男 女	1. 本人 2. 配偶名 3. 子 4. その他 ( )	○ 業務上・外、第三者行為の有無			
昭・平・令 年 月 日 生		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	
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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・治療・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		
	施術料	はり	円 ×	回 =	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
		きゅう	円 ×	回 =	円	
		はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円	
		電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具	円 ×	回 =	円	
	往 療 料 4kmまで		円 ×	回 =	円	往療日 . . . . . 日
往 療 料 4km 超		円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由	
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。		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	
	令和 年 月 日		注1) 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		施術者署名	電話	

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		

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	受取代理人	被保険者 (請求者) 署名 (自筆)	( ) (ゴム印使用)		
		代理人の住所	( )		
	代理人の氏名				

※ (株)SUBARU従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関	銀行名	銀行・信金 信組		店・本店
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)	銀行番号	店番号		支店・出張所
	預金種別 1 当座 2 普通	口座番号	(フリガナ) 口座名義		

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。

注1) 施術所の所在地・施術所名はゴム印を使用し、施術者本人が自署してください。