

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	日	支払年月日	年	月	日	支給金額				
常務理事	事務長	担当	担当	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 2 年 6 月分) (はり・きゅう用)

被保険者欄	○ 被保険者証等の記号番号	1001 - 12345	○ 発病または負傷年月日	平成 29 年 5 月 5 日	○ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	神経痛
	(フリガナ) フジ タロウ	富士 太郎	続柄	男	○ 発症または負傷の原因 および その経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)
	施術を受けた者の氏名	昭・平・令	印	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	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
	昭・平・令	年 月 日 生				

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日	施術期間	至・令和 年 月 日	療日数	日	種別区分	新規・継続	
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸胸症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()						転 移	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	※施術管理者以外が施術した場合に記入
	はり	円 × 回数 =						円	施術日	月 日
	きゅう	円 × 回数 =						円	施術日	月 日
	はり・きゅう併用	円 × 回数 =						円	施術日	月 日
	電療料	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						円 × 回数 =	円	※往療を必要とした場合に記入
	往 療 料	4kmまで						円	往療日	月 日
	往 療 料	4km 超						円 × 回数 =	円	往療を必要とした理由
	施術報告書交付料 (前回支払済)	円 × 回数 =						円		
費用合計							円			
施術日	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									

**施術を受けた
 はり・きゅう師より
 記入および署名を必ずもらって下さい**

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	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」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には、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください

受取代理	請求者	被保険者(請求者)の方が自筆で署名し、請求日をご記入ください	
	受取代理人	代理人の住所	勤務先の会社が記入するところ
		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・信託	届 本 店
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)	銀行番号	期間従業員など代理受取の対象とならない方は振込口座を記入してください(任意継続の方は記入不要です)	
預金種別	1 当座 2 普通	口座番号	※ゆうちょ、ネット銀行は取扱いしていません	

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。