

被保険者
健康保険 療養費（付加金）支給申請書
被扶養者（立替払い等・治療用器具）

* 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合、備考欄に個人番号を記載してください。
（その場合、個人番号を確認する添付書類必要、被保険者証の記号番号は記載不要）

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口にレ点(チェック)を記入してください	確認欄 (チェック)	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
	<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者氏名 健保 太郎	
	事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株)○○○部			被保険者との続柄 本人	
	フリガナ 診療を受けた者の氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎			業務上・通勤途上によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	傷病名	神経痛			第三者の行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	発病または負傷の原因その経過	数年前から痛みが発生し、整形外科で治療をしていたが、通院先の医師から鍼灸治療をすすめられた。原因などは不明。				
	発病または負傷年月日	平成・令和××年 4月 5日	初診年月日	平成・令和××年 4月 5日		
	診療期間	自 平成・令和××年 4月 7日 至 平成・令和××年 4月 28日	診療実日数	5		
	診療内容	・医科 ・調剤 ・歯科 ・その他	・入院 ・外来 ・その他	診療に要した費用の額	5,000 円	
	医療機関および薬局または義肢製作所の住所および名称	住所 名称 東京都△△市○○町1-1 △△治療院				
	被保険者証を使用しなかった理由	1. 保険証を持っていなかった為 2. 保険契約がない為(治療用器具を装着したとき) 3. その他 { 鍼灸の施術を受けたため				
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にレ点を付けてください。)					
在職の方	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 ××年 7月 20日 被保険者氏名 健保 太郎					
退職後の方	銀行 支店 □座番号 金庫 出張所 □座番号 信用組合 支所 □座名義(カタカナ) 普通・当座 *被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、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 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名					
上記のとおり申請します。	令和 ××年 7月 20日 住所 ○○市○○区△△町2-1 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎					

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にレ点にご記入下さい。

在職の方には、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。

なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号するための添付書類が必要です。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

支払日付印 健保受付日付印

療養費支給申請書(××年×月分)(はり・きゅう用)

《はり・きゅう師へのお願い》下記項目に記入をお願いします。

～注意～
この書類は、
はり・きゅう師にご記入
を依頼してください。

Application form for medical care fee payment. Includes sections for: 被保険者欄 (Insured Person), 施術内容欄 (Treatment Content), 施術証明欄 (Treatment Certificate), 申請欄 (Application), 支払機関欄 (Payment Institution), 同意記録 (Consent Record), and 備考 (Remarks). Fields are filled with red text and some are circled in red.

【記入上の注意】

- 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 同意記録欄には、同意した医師氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間をご記入してください。(再同意記録も同様。)