

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族

(はり・きゅう)

ご確認
ください



◎提出先：事業会社 在籍中 ▼ 事業会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後 ▼ 当組合給付担当
 ◎施術を受けるごとに発行される領収書（原本）を全て添付してください。
 ◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
 ◎はり・きゅう師記入欄は施術者が記入してください。
 ◎暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
 ◎はじめてかかった時の請求であるときは、「医師の同意書」を添付してください。

健康保険証		名称	所在地	
記号	番号			
被保険者の(申請者)氏名と印		昭和 平成 令和	生年月日	
被保険者の(申請者)住所		郵便番号		日中連絡のとれる電話番号
申請者と受診者が違う場合(被扶養者)受診者氏名		生年月日		被保険者との続柄
傷病名と発病または負傷年月日		昭和 平成 令和		①業務によるものですか?
発病又は負傷の原因およびその経過		昭和 平成 令和		⑧他人の行為によるものですか?
支払金融機関の欄		銀行 金庫 農協		本店 出張所 支店 営業部
預金種別		口座番号		支店コード
振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可)		委託者と代理人との関係		令和 年 月 日
受取代理人の欄		被保険者(申請者)氏名		〒 住所
代理人の氏名と印		代理人(フリガナ)の住所		〒

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	転帰	
	年 月 日	自: 年 月 日	～至	年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止	
	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()					摘要
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用					
	施術料		はり 円× 回= 円 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 2kmまで		円× 回= 円					
	加算 (km)		円× 回= 円					
	費用額計		円					
	施術日: 通院○・往療◎		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。 令和 年 月 日						
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	

健康保険記入欄	資格取得(認定)日	年 月 日
	資格喪失(削除)日	年 月 日
	医師同意期間	年 月 日～ 年 月 日
	施術回数	回 現存
	支給算出額	円 喪失後

受付日付印

令和 年 月 日提出