支給決定額

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書（はり・きゅう用）

＊太枠線内を記入してください

施術に要した費用の領収書を添付してください

提出日	令和 6 年 11 月 1 日	本人家族区分 ①	☑ 被保険者 □被扶養者
② 被保険者証等記号・番号	記号 208 番号 123456	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ (氏) 物流 (名) 太郎
事業所名称	ロジスティード(株)	所属部・電話	本社 人事総務本部 (TEL 03-6263-2813)
生年月日	昭和・平成・令和 2 年 9 月 1 日		
対象者が被扶養者の場合その氏名		続柄 ③	被扶養者の生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
④ 傷病名	リウマチ	発病又は負傷日	令和 6 年 1 月 5 日
発病又は負傷の原因及びその経過	⑤ 不明。以前からなかなか痛みがとれない為、鍼治療を試している。		
第三者行為に因る施術ですか ⑥	□ はい ☑ いいえ ⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください		
施術を受けた施術所	所在地 東京都北区〇〇町１－２－３		
	名称 × × 鍼灸院	(施術者名) × × 三 郎	
施術の期間（支給期間） ⑦	令和 6 年 10 月 8 日 ～ 令和 6 年 10 月 31 日	日数 5 日	内入院期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
施術に要した費用の額 ⑧	12,000 円		
委任状 ⑨	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 6 年 11 月 1 日 被保険者氏名 物流 太郎	氏名を自署されても捺印は必要です。 (印)	
給付照会の同意欄 ⑩	私は、保険者(ロジスティード健康保険組合)が給付に関して必要があるときは、医療機関等に照会を求めることに同意します。なお、本書面の写しも有効と認めます。 被保険者氏名 物流 太郎	(印)	

《 添付書類 》添付漏れがあると受付できません

1．施術所から提供された「療養費支給申請書（はり・きゅう用）」

2．当施術が治療上有効と認める医師の同意書（健保指定帳票 K-005）

注）請求の都度、同意書の原紙または写しの添付が必要

3．施術を受けた施術所で受け取った領収書（原本）

4．第三者による傷病の場合は、「第三者による傷病届」(健保指定帳票 K-401)

受付日付印

【支給要件】

次のような場合に、この請求書を健康保険組合へ提出してください。

・ はり・きゅうの治療を受けるときに治療を行なっている医師が同意し、その必要性を保険者が認めたとき。
　但し、傷病名は神経痛・リウマチ・頸腕症候群・五十肩・腰痛症・頸椎捻挫後遺症で慢性的な疼痛がある場合限定

《 記入要領及び記入上の注意事項 》 … 左記帳票の番号と照合してください。

① 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に✔を付けてください。

② マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書（旧保険証）のいずれかをよく確認の上、記入してください。

③ 被保険者からみた続柄を記入してください。（被扶養者が受けた施術費の請求の場合）

④ 医師に証明を受けた「同意書」に記載の傷病名を記入してください。

⑤ 傷病の原因等を具体的に記入してください。

⑥ 傷病原因が交通事故等、第三者の行為に因るか否か「はい」「いいえ」に✔をつけてください。

※「はい」と回答された場合は、必ず「第三者行為による傷病届(HP参照)」を添付してください。

⑦ 今回申請する施術を受けた期間を記入してください。

※１回の申請は月ごとに末日締めで提出してください。

⑧ 施術を受けた施術所から受け取った領収書を見て記入してください。

※領収書等の添付書類がＡ５サイズ（療養費請求書の半分の大きさ）より小さい場合は、

Ａ４サイズの白紙を台紙として、領収書を剥がれないように糊付けをして提出してください。

⑨ 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。

※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。

⑩ 給付照会の同意欄となります。記入・押印をお願いします。

＊ 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に認印を押してください。

≪事業所健保担当者の方へのお願い≫

健保組合へ提出される前に…

① 本人記入欄（太枠線内）に記入もれや、誤りがないか

② 添付書類は揃っているか

以上をご確認いただいた上で、事業所担当者印を押印願います。