

療養費支給申請書(年 月分)(はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号					○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																								
						年 月 日																										
	療養を受けた者の氏名					(カガナ) 男・女		続柄		○業務上・外、第三者行為の有無 (1.業務上 2.第三者行為 3.その他())																						
					明・大・昭・平・令 年 月 日生		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他()		○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																							
施 術 内 容 欄	初療年月日			施術期間						実日数			請求区分																			
	() 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			転 帰																		
				5.腰痛症		6.頸椎捻挫後遺症		7.その他()			継続・治癒・中止・転医																					
	初検料									円			摘 要																			
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用												※施術管理者以外が施術した場合に記入																			
	はり・きゅう			施術の種類		1術 回		2術 回			施術者氏名																					
	通所			円×		回=		円			施術日 日																					
	訪問施術料 1					円×		回= 円			※往療を必要とした場合に記入																					
	訪問施術料 2					円×		回= 円			往療日 日																					
訪問施術料 3(3人~9人)					円×		回= 円			往療を必要とした理由																						
訪問施術料 3(10人以上)					円×		回= 円																									
電療料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)					円×		回= 円																									
特別地域(加算)					円×		回= 円																									
往療料					円×		回= 円																									
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	訪問1①	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
通所○	訪問2②	月																														
往療◎	訪問3③																															
○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他())																																
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																																
免許登録番号																																
免許登録番号																																
令和 年 月 日																																
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿																																
申請者(被保険者)																																
住所																																
氏名																																
電話																																
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																
また支給される金額の受領を事業主委任いたします。(任意継続被保険者を除く)																																
令和 年 月 日																																
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿																																
申請者(被保険者)																																
住所																																
氏名																																
電話																																
同意医師の氏名																																
住所																																
同意年月日																																
傷病名																																
要加療期間																																

<記入にあたっての注意事項>

☑申請書は申請者本人(被保険者)が作成し暦月を単位として記入してください。

☑二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。

☑「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。

☑当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

☐医師の同意書(原本)

☐施術報告書(写し)

☐往療状況確認表

☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先 コスモエネルギーグループ健康保険組合 現金給付担当 TEL.03-3798-3143【2024年12月版】

常務理事	事務長	担当

支給金額				

健保受付印