

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							(フリガナ)			続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																																																																																																																																																																																																																																																									
								男・女			1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他()		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. 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 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 施術者氏名 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由																																																																																																																																																																																																																																							
	施 術 料 はり・きゅう <table><tr><td colspan="7">通所</td><td colspan="7">円×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">(月16回以降の施術に係る50%減)</td><td colspan="7">円×0.5×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">訪問施術料 1</td><td colspan="7">円×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">(月16回以降の施術に係る50%減)</td><td colspan="7">円×0.5×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">訪問施術料 2</td><td colspan="7">円×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">(月16回以降の施術に係る50%減)</td><td colspan="7">円×0.5×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">訪問施術料 3(3～9人)</td><td colspan="7">円×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr><tr><td colspan="7">(月16回以降の施術に係る50%減)</td><td colspan="7">円×0.5×</td><td colspan="7">回＝</td><td colspan="7">円</td></tr></table>							通所							円×							回＝							円												(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円							訪問施術料 1							円×							回＝							円							(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円							訪問施術料 2							円×							回＝							円							(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円							訪問施術料 3(3～9人)							円×							回＝							円							(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円							円×							回＝							円											
								通所							円×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								訪問施術料 1							円×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								訪問施術料 2							円×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
								訪問施術料 3(3～9人)							円×							回＝							円																																																																																																																																																																																																																																									
	(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							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																																																																																																																																																																																																																																																
	(月16回以降の施術に係る50%減)							円×0.5×							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																																																																																																																																																																																																																																									
	明 細 書 発 行 加 算														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																																																																																																																																																																																																																																																																						
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())																																																																																																																																																																																																																																																																						
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										〒 -																																																																																																																																																																																																																																																											
	免許登録番号										はり師					住所																																																																																																																																																																																																																																																						
免許登録番号										きゅう師					氏 名 電話																																																																																																																																																																																																																																																							
申請欄・委任状	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)																																																																																																																																																																																																																																																																					
	また私は、今回申請した療養費について、健康保険法に基づき保険給付の支給決定をするための参考として、貴健康保険組合が医療機関等に対して、内容紹介を行うこと、および医療機関等が照会の回答をすることを同意します。																																																																																																																																																																																																																																																																					
	令和 年 月 日										申請者(被保険者)					住所 氏名 電話																																																																																																																																																																																																																																																						
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																																																																																																																																																																																																																																									
															令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																							
<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.03-6745-6122【2026年7月版】																																																																																																																																																																																																																																																																						
常務理事			事務長			担当									支給金額												健保受付印																																																																																																																																																																																																																																											