

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 料	はり・きゅう							施術の種類		1術　回			2術　回			円																				
		通所							被保険者がご記入ください(緑色欄) 被保険者欄/申請書・委任状/同意記録 施術者がご記入ください(オレンジ欄) 施術内容欄/施術証明書欄										回＝			円			施術者氏名												
		(月16回以降の施術に)																	回＝			円			施術日　・　・　　日												
		訪問施術料 1																	回＝			円			※往療を必要とした場合に記入												
		(月16回以降の施術に)																	回＝			円															
		訪問施術料 2																	回＝			円															
		(月16回以降の施術に)							回＝			円			往療日　・　・　　日																						
		訪問施術料 3(3～9人)							円×			回＝			円			往療を必要とした理由																			
		(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																
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 *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 ※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 【2025年1月版】 こちらの欄も必ず内容をご確認ください。 また、医師の同意があり一定の条件を満たす場合に限り、はり・きゅうの施術についても給付の対象になります。 詳細は健保HPをご確認ください。																																					
常務理事							事務長							担当							支給金額							健保受付印									