

療養費支給申請書(年 月分)(はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○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())											
				明・大・昭・平・令 年 月 日生								○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																							
	はり・きゅう				施術の種類				1術 回				2術 回											
	通所				円×				回=				円											
	訪問施術料 1								円×				回= 円											
	訪問施術料 2								円×				回= 円											
	訪問施術料 3(3人~9人)								円×				回= 円											
	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																				
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				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)																							
	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.03-3798-3143【2024年10月版】

常務理事	事務長	担当

支給金額			

健保受付印