

## 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				(フリガナ) 男・女				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無				○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				円			
	通所				被保険者にご記入ください(緑色欄)								円				施術者氏名			
	訪問施術料 1				被保険者欄/申請書・委任状/同意記録								円				施術日 . . . 日			
	訪問施術料 2				施術者にご記入ください(オレンジ欄)								円				※往療を必要とした場合に記入			
訪問施術料 3(3人~9人)												円× 回= 円				往療日 . . . 日				
訪問施術料 3(10人以上)												円× 回= 円				往療を必要とした理由				
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( ) )																				
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								〒 -											
申請欄・委任状	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							
同意記録	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。								円 -											
	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)								円 -											
令和 年 月 日								申請者(被保険者)				住所								
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿								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				
								令和 年 月 日												
<p>&lt;記入にあたっての注意事項&gt;</p> <p>☑二重線内(「施術内容欄」お、</p> <p>☑「同意記録」は、同意書の原</p> <p>☑ただし、前月分以前の申請書</p> <p>☑当該申請書を提出の際には</p> <p>&lt;その他添付書類(該当する場</p> <p>☐医師の同意書(原本)</p> <p>☐施術報告書(写し)</p> <p>☐往療状況確認表</p> <p>☐「年以内」月16回以上施術継続理由・状態記入書</p> <p>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】</p>																				
常務理事				事務長				担当				支給金額				健保受付印				