

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

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 (医師の同意を受けた傷病名)			
	5	—						年	月	日		
	(フリガナ)					続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名					男 ・ 女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )		○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	※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
		右 上 肢	円×	回=	円	
		左 上 肢	円×	回=	円	
		右 下 肢	円×	回=	円	
		左 下 肢	円×	回=	円	
	変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . . . 日
	温 罨 法	円×	回=	円		
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料 4 km まで	円×	回=	円			
往療料 4 km 超	円×	回=	円	往療を必要とした理由		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			
合 計					円	

施 術 証 明 欄	施術日 通院○ 往療◎	月	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
	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
	令和 年 月 日	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
あん摩マッサージ指圧師		施術者名	
		☎ 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。		
	上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。(任意継続被保険者を除く)		
	令和 年 月 日	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 (請求者)		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>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 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。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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 【2023年4月版】

常務理事	事務長	担 当

支給金額				