

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（医師の同意を受けた傷病名）		
	5	20	—													
	(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 昭・平 年 月 日生										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		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										日	転 帰																		
	初 検 料		円										円	摘 要																		
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用												円	※施術管理者以外が施術した場合に記入																		
	施 術 料	はり	円 × 回 = 円										円	施術者氏名 _____																		
		きゅう	円 × 回 = 円										円	施術日 日																		
		はり・きゅう併用	円 × 回 = 円										円																			
		電療料	円 × 回 = 円										円	※往療を必要とした場合に記入																		
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具												円	往療日 日																		
往 療 料		4 km まで										円 × 回 = 円	円	往療を必要とした理由																		
往 療 料		4 km 超										円 × 回 = 円	円																			
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）												円 × 回 = 円	円																			
費 用 額 計												円	円																			
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																														

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										所在地					
	はり師免許登録番号 _____										所在地			施術所名		
	きゅう師免許登録番号 _____										所在地			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 千 一 被保険者 住 所 コスモ石油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 コスモ石油健康保険組合 現金給付担当 TEL. 03--3798-3143 【2019年7月版】

常務理事	事務長	担 当

支給金額				