

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)			
								年月日				
	施術を受けた者の氏名		(フリガナ)					続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
								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			
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		
施術内容欄	マッサージ		軀幹	円×	回=	円	摘要要					
			右上肢	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_____					
			左上肢	円×	回=	円	施術日_____日					
			右下肢	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日_____日					
			左下肢	円×	回=	円	往療を必要とした理由					
	変形徒手矯正術			円×	肢×	回=	円					
	温罨法			円×	回=	円						
	温罨法・電気光線器具			円×	回=	円						
	往療料 4kmまで			円×	回=	円						
	往療料 4km超			円×	回=	円						
施術報告書交付料 (前回支給: 年月分)			円×	回=	円							
合計					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。 令和年月日 免許登録番号_____				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 所在地						
					施術所名							
					施術者名	④ 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 ④ 電話											
	同様の欄に記入する											
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					