

見本

療養費支給申請書（1年7月分）(はり・きゅう用)

被 保 險 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	—						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 ()			
		昭・平 年 月 日生							○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 5.腰痛症	2.リウマチ 6.頸椎捻挫後遺症	3.頸腕症候群 7.その他()	4.五十肩		転帰 継続・治癒・中止・転医				
	初検料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用							円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____				
	施	はり			被保険者がご記入ください 被保険者欄/申請書・委任状/同意記録				日 日				
	術	きゅう											
	料	はり・きゅう併用											
	電療料	1電気針 2電気温灸器 3電気											
	往療料	4kmまで											
	往療料	4km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							
費用額計								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							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	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、施術管理者の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

必ず内容をご確認ください

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					