

療養費支給申請書（令和 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）		
	年 月 日						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 ()		
昭・平・令 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			
	平・令 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 ()		転 帰			
	初 検 料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円		円		摘 要 ※施術管理者以外に施術した場合に記入 施術者氏名 _____			
	施 術 料	はり		円 ×		回 =		円		施術日 日		
		きゅう		円 ×		回 =		円		※往療を必要とした場合に記入		
		はり・きゅう併用		円 ×		回 =		円		往療日 日		
		電療料		1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円 ×		回 =		円		往療を必要とした理由
	往 療 料		4 km まで		円 ×		回 =		円			
往 療 料		4 km 超		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 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	
	はり師免許登録番号 _____	所在地		
	きゅう師免許登録番号 _____	施術所名		
		施術管理者名	電話	

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請及び給付金の受領を事業主に委任いたします。 令和 年 月 日		〒	被保険者 住 所
	コーセー健康保険組合理事長 殿			(請求者) 氏 名
				電 話

※給与でのお振込みができない方（退職者・任継等）は下記にお振込先をご記入ください※

お 振 込 先	金融機関名		銀行・農協・信金		本店・支店		預金の種類	
	1. 普通 2. その他 ()							
	口座名義 カタカナで記入		口座番号					

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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「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