

はり・きゅう

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇（株）〇〇〇支店	
被保険者の氏名			〇〇〇 〇〇〇〇		生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者の住所			〒 - - 電話番号				
			現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。				
施術を受けた方		氏名	昭和				被保険者との続柄
		施術を受けた方の氏名、生年月日、続柄（妻・長男・長女等）を記入してください。					
傷病名		傷病名、負傷年月日を記入してください。			は負傷年月日	令和	年 月 日
負傷の原因 (具体的な状況)		負傷(ケガ)の場合は負傷状況(どこでどうしてどうなった)を詳しく記入して下さい 病気(特定できない時)は「不詳」と記入、ケガの時は負傷の原因を詳しく記入してください。					
確認事項 (該当にチェック)		1. 負傷(ケガ)の原因は第三者行為(交通事故等) ※「はい」の場合は「第三者行為による」				相手がいる場合は「はい」に ✓を付してください。	
		2. 今回の傷病は、通勤途上または業務中によるもの				はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
		本件について、事業所を経由して給付すること、申請内容について事業所に確認することに同意し				同意をお願いします。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
受取方法	【在籍者】 事業所に委任して下さい	委任状	私は本給付金の受領を右記の者に委任します。 被保険者(請求者)氏名 〇〇〇 〇〇〇〇		私は本給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者) 事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。(ゴム印可能)		
	【退職者】 振込先を記入して下さい		銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・当座・貯蓄		
		口座番号	退職者の方のみ、記入して下さい。		口座名義		

施術内容証明欄 (施術者記入)	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		実日数	日	請求区分	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							転帰	継続・治癒・中止・転医
	初検料	1. はり							【摘要】	
	施術料	はり								
		きゅう								
		はり・きゅう								
		電療料	1.							
	往療料	4 kmまで								
	往療料	4 km超								
	施術報告書交付料									
施術日 (通院○ 往療◎)							5 27 28 29 30 31			
施術証明欄	上記のとおり施行 令和 年 月 日 はり師 免許登 きゅう師免許登						張専門施術者住所地			
同意記録	同意医師の氏名						要加療期間			
					令和 年 月 日					

「施術内容証明欄」および「同意記録」は施術者（はり師・きゅう師）に記入を依頼してください。
「施術内容証明欄」および「同意記録」を施術者が本申請書以外の別様式で作成している場合はその様式（原本）を添付してください。その場合、当該欄は空白でも構いません。

添付書類
・この申請書には「医師の同意書（原本）」、「施術に要した費用の領収書（原本）」、「施術報告書（写）」を添付してください。
※1. 初回申請および6カ月を超えて引続き申請する場合は、医師の診察を受けたうえで交付された「医師の同意書（原本）」を添付
※2. 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は「医師の同意書（写）」を添付してください。（有効期限6カ月）
※3. 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書（写）」を添付してください。

- 【被保険者の方へ】
- 請求書の締切（健保到着日）は毎月10日、翌月25日に支給します。
(在職中は給与の中で支給します。受取方法「委任状」に、ご署名をお願いします。)
 - 支給日の月初（概ね5日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」<https://kosmoweb.jp> から支給額を確認して頂けます。
未登録の方は登録をお願いします。ユーザID・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。
- 【事業主の方へ】
- 受取方法「受任者」に事業所名称および受任者氏名のご記入をお願いします。(ゴム印可能)