

支給決定日		常務理事	事務長	M G R	M G R	担当者
支給額	¥					

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (はり・きゅう用) (令和 年 月分) 第 回目

【領収書の原本・医師の同意書(初回及び6ヶ月毎)を添えて申請下さい】

保険証記号	保険証番号	患者氏名 (男・女)	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
-------	-------	---------------	----	------------------------

発病又は負傷の原因及びその経過(原因については各自の思い当たる事を記入下さい) :

発病又は負傷したのは平・令 年 月 日頃でその原因は (1.業務上 2.交通事故等第三者行為 3.その他) である

初めて施術を受けた年月 平・令 年 月 日	施術の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	実日数 日	実際の施術日を下欄に通院日は○ 往診日は◎を記入下さい
--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------------

施術日	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
-----	---	---

施術内容欄	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 ()				
	初検料	(1.はり 2.きゅう 3.はり きゅう併用)			円	請求区分
	料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	新規・継続
		通所	円×	回=	円	転 帰
		訪問施術料 1	円×	回=	円	継続・治癒
		訪問施術料 2	円×	回=	円	中止・転医
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円×	回=	円	摘 要
		訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回=	円	
		電療料(加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)	円×	回=	円	
		特別地域(加算)	円×	回=	円	
往 療 料	円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給 : 年 月分)	円×	回=	円			
合 計					円	

施術証明欄	上記の通り施術を行い、その費用を徴収いたしました。令和 年 月 日 はり師・きゅう師氏名 : 施術所名称 : 住所 : 〒 Tel - -
-------	--

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和 年 月 日		~

ジェイティービー健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日

上記の療養に要した費用の支給を申請いたします。 なお療養費は下記銀行口座に振込をお願いいたします。

振込銀行名	支店名	口座番号	口座名義 (カタカナでご記入下さい)
銀行	支店	普通 :	

被保険者の住所 : 〒

被保険者の氏名 :

Tel - -

【支給決定について】

2025.03

◎支給審査は、医師の証明が発行された月の診療報酬明細書(レセプト)等の診療内容の確認を行うため、支給までにお時間を要しますので、ご了承ください。

◎審査の結果、支給となった場合、健保支払月の翌月10日にKOSMO Webへ「給付金支給決定通知書」を通知いたしますので、Webよりご確認ください。