

被保険者欄	被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日	
	事業所の名称	☎			○傷病名	
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ)	続柄	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）		
		男・女		○発症又は負傷の原因及びその経過		
				○業務上・外、第三者行為の有無		
申請欄	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他（ ）					
委任状	申	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。				
	請	令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者)				
振込先	欄	セメント商工健康保険組合理事長 殿				
		氏名 ☎				
※	受領について（どちらかに✓） ☐ 事業所への委任払いを希望（委任状欄へ） ☐ 個人口座への振込を希望（振込先へ）					
委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、 年 月 日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。					
	令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 ⑤					
	代理人の 住所 氏名 ⑤ (受領責任者)					
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人	

※1ヶ月ごとに記入してください
※添付書類：①領収書原本 ②6ヶ月ごとに医師の同意書の原本 ③施術報告書の写し(施術報告書交付料の申請がある場合のみ)

施術内容証明書欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
	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 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		
	施術料	はり・きゅう	施術の種類			1術 回 2術 回
		通所				円× 回＝ 円
		訪問施術料 1				円× 回＝ 円
		訪問施術料 2				円× 回＝ 円
		訪問施術料 3 (3人～9人)				円× 回＝ 円
	訪問施術料 3 (10人以上)		円× 回＝ 円			
	電療料(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			
施術日	訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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			
欄	○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())					
同意記録	上記のとおり施術を行いその費用を領収しました。		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		
	令和 年 月 日		住所			
	免許登録番号 () はり師 免許登録番号 () きゅう師		氏 名	⑤ ☎		
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	

マイナンバー記入欄 （被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。