

はり・きゅう用

健康保険 療 養 費 支 給 申 請 書

第二家族療養費

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行う為、事業主経由で提出、支払をしていただくこととしております。また、関連書類を返送する場合も事業主経由となります。

◎領収書（原本）と医師の同意書（初回は原本、期限内は写しで可）を必ず添付してください。同意書の有効期限は最長3か月です。

①～③欄は被保険者が、⑦～⑨は事業所が記入してください。施術者記入欄は、施術をうけたところ、記載の有効期限は最長3か月です。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		③ 被 保 険 者 氏 名		④ 事 業 所 名 称		
	①	②					
	⑤ 受 療 者 氏 名			⑥ 生 年 月 日		⑦ 続 柄	
				昭・平・令 年 月 日 (歳[満年齢])			
	⑧ 傷 病 名				⑩ 傷 病 の 原 因 及 び そ の 経 過		
				【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい・いいえ)			
⑨ 発 病 ま た は 負 傷 年 月 日				【経過】.....			
年 月 日							
⑪ 施 術 の 期 間				⑫ 施 術 に 要 し た 費 用			
自： 年 月 日 内実日数 日間				円			
至： 年 月 日							
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	年 月 日		自： 年 月 日 ～ 至： 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(右・左) 4. 五十肩(右・左) 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()						
	初 検 料				転 帰		
	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用				円		
					継続・治癒		
	施 術 料	はり		円×	回=	円	摘 要
		きゅう		円×	回=	円	
		はり・きゅう併用		円×	回=	円	
		電 療 料		円×	回=	円	
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具							
往 療 料		円×		回=	円	費 用 額 計	
加算(Km)		円×		回=	円		
		円			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					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 住所(所在地)							
施 術 所 名							
氏 名							
電 話							
同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日			
				平成 年 月 日			
傷 病 名		要 加 療 期 間		同 意 書 有 効 期 限			
				摘 要			

※⑦～⑨欄は事業所が記入してください。

振 込 口 座	⑦ 銀行等に振込みを希望する場合		⑧ 口座預金種別		⑨ 預金口座名義人の氏名	
	銀行 店		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
	金庫 支店		⑩ 預金口座番号			
組合 出張所						
農協						

※在職中の方へ

↑事業所への受領委任をお願いしております。事業所にて被委任者指定口座をご記入ください。
↓受取代理人の欄に記入・捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑪ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		⑫ 代理人の氏名・印		⑬ 被保険者(申請者)との関係	
	年 月 日		印			
	被保険者(申請者) 住所		⑭ 代理人の住所・電話番号			
氏名		印		電話 ()		