

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います。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、期限内は写で可）を必ず添付してください。同意書の有効期限は最長6か月です。

◎①～⑬欄は被保険者が、⑦～⑨は事業所が記入してください。施術をうけたところ記載をうけてください。

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 記 入 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	
	傷病名及び症状詳細					転帰	
	マッサージ	躯幹		円×	回＝	円	継続・治癒 中止・転医 摘要
		右上肢		円×	回＝	円	
		左上肢		円×	回＝	円	
		右下肢		円×	回＝	円	
		左下肢		円×	回＝	円	
	変形徒手矯正術		円×		肢×	回＝	円
	温電法		円×		回＝	円	
	温電法・電気光線器具		円×		回＝	円	
	往療料	2Kmまで		円×		回＝	円
		加算(Km)		円×		回＝	円
	合計		円				
施術日	通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 11 12 13 14 15 16 17 18 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
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。					住所(所在地)	
						施術所名 氏 名 電 話	
						㊞	
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日		
					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		①口座預金種別		④預金口座名義人の氏名	
	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所 農協		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
			⑧預金口座番号			

※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	⑬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。		⑭代理人の氏名・印		⑯被保険者（申請者）との関係	
	年 月 日		㊞			
	被保険者（申請者） 住所		⑰代理人の住所・電話番号			
	氏名 ㊞		電話 ()			