

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6か月です。

◎①～⑬欄は被保険者が、⑦～⑯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で記載の有効期限は最長6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																													
	⑨発病または負傷年月日			【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) 【経過】.....																													
施 術 内 容 記 入 欄	⑪ 施 術 の 期 間		⑫ 施 術 に 要 し た 費 用		円																												
	自： 年 月 日		内実日数 日間																														
	至： 年 月 日																																
	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 中止・転医																												
	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																													
加算(Km)		円× 回=		円																													
費用額計				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
施術証明欄						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																													
				年 月 日																													
傷病名		要加療期間		同意書有効期限		摘要																											

※⑦～⑯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		④口座預金種別		⑤預金口座名義人の氏名	
	銀行		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
	金庫		⑥預金口座番号			
組合		店				
農協		支店				
		出張所				

※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		⑯ 被保険者(申請者)との関係	
	年 月 日					
	被保険者(申請者) 住所 氏名		⑮ 代理人の住所・電話番号			
		電話 ()				

同意書 (はり・きゅう療養費用)		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	
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 ()	
発病年月日		
初診年月日		
要加療期間		
<p>上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>保険医療機関</p> <p>保険医 氏名 ㊞</p> <p>電話番号</p> <p>医療機関コード</p>		