

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、⑭～⑯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		円									
至: 年 月 日		日間											
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 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								
					円								
	施術料	はり				円×	回=						
		きゅう				円×	回=						
		はり・きゅう併用				円×	回=						
	電療料				円								
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具				円×	回=								
				円									
往療料	4 kmまで				円×	回=							
	4 km超				円×	回=							
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										
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)													
令和 年 月 日		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								
					令和 年 月 日								
傷病名		要加療期間		同意書有効期限		摘要							
※⑭～⑯欄は事業所が記入してください。													
振 込 口 座	⑭銀行等に振込みを希望する場合			⑮口座預金種別		⑯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			⑮預金口座番号									
組合													
農協													
店													
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	⑭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。			⑮代理人の氏名		⑯被保険者(申請者)との関係							
	令和 年 月 日												
	被保険者(申請者)住所			⑮代理人の住所・電話番号									
氏名			電話 ()										

同意書 (はり・きゅう療養費用)		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平・令 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	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	令和 年 月 日	
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。 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関 保険医氏名 電話番号		