

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を記載してください。

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		
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 )			
年 月 日			【経過】 .....			
⑪ 施 術 の 期 間			⑫ 施 術 に 要 し た 費 用			
自: 年 月 日			円			
至: 年 月 日 内実日数 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	
	はり				円 × 回 = 円	
	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		4 kmまで		円 × 回 = 円		
		4 km超		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				
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 金庫 組合 農協		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
	店 支 店 出 張 所		⑮ 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してください。						
受 取 代 理 人 の 欄	⑰ 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。		⑱ 代理人の氏名		⑲ 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		⑳ 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		