

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									
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		内実日数		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					
			右 上 肢	円×	回=	円						
			左 上 肢	円×	回=	円	摘 要					
			右 下 肢	円×	回=	円						
			左 下 肢	円×	回=	円						
	温 罨 法		円×	回=	円							
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×	回=	円							
変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円							
往 療 料	4 Km まで		円×	回=	円							
	4 Km 超		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)						
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						
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		⑤ 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		④ 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	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。		令和 年 月 日		④ 代理人の氏名		⑥ 被保険者(申請者)との関係					
	被保険者(申請者)											
	住所				⑤ 代理人の住所・電話番号							
	氏名				電話 ()							

(様式番号87)

大阪府電気工事健康保険組合 理事長 殿

同意書 (あんま・マッサージ療養費用)		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷病名		
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	
症状	筋麻痺 筋委縮	躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
	関節拘縮	右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首
		左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首
	その他	
施術の種類 施術部位	マッサージ (躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)	
	変形徒手矯正術 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)	
往療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分ければご記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や資格、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。		
令和 年 月 日		
所在地		
保険医療機関		
保険医 氏名		
電話番号		