

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おります。また、関連書類を返送する場合も事業主経由となりす。

◎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。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。

◎①～⑬欄は被保険者が、⑦～⑯は事業所が記入してください。

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			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
			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
	温罨法				円×	回=	円
	温罨法・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		

※⑦～⑯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		⑪ 口座預金種別		⑮ 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			
			⑯ 預金口座番号			
		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	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		⑰ 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	
傷病名		
発病年月日		
初診年月日		
要加療期間		
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()	
施術の種類	1. マッサージ 2. マッサージ・温罨法 3. 変形徒手矯正術	
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢	
<p>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あんま・ マッサージが必要と認め、あんま・マッサージの施術に同意する。</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>		