

令和	年度	
款	保険給付費	保険給付費
項	法定給付費	付加給付費
目	第二家族療養費	家族療養費付加金

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事

第二家族療養費支給申請書【ERP対象事業所用】

被保険者証 記号・番号		請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者 氏名	フリガナ	印	会社名 所属 (連絡先)
受診者 氏名	フリガナ	被保険者に対する続柄	退職者の 場合
			退職年月日 令和 年 月 日 住所 連絡先
傷病名		発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
原因		傷病の経過	裏面のとおり
自費診察を 受けた理由		診療・薬剤を受 けた病院・薬局 の住所・氏名	裏面のとおり
		診療・薬剤に 要した費用	円
診療の時期	自 令和 年 月 日	入院期間	自 令和 年 月 日
	至 令和 年 月 日	コルセット装着日	令和 年 月 日
<small>傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)</small>			
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。		

診療点数	点	医療費総額						
第二家族療養費支給決定額								
支給査定額	自己負担額							
	控除額							
	家族療養費付加金支給決定額							

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
 2. 診療費・薬剤費の月別および支払先ごとに1枚記入して下さい。
 3. 診療費・薬剤費の領収書はできるだけ裏面を使用してください。

受付印

出納印

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入 院 外		入 院	
初 診	時間外・休日・深夜	初 診	時間外・休日・深夜
再 診	時間内 回 時間外 回 休日・深夜 回	投 薬	内服服用 外用
往 診	普通・難路 回 夜間・暴風雨雪 回 同、家屋 回	注 射	皮下筋肉内 回 静脈内 回
指 導		処置及び手術	回 回 回 回
投 薬	内服服用 外用調剤	材 料	麻酔剤 回 回 回 回
注 射	皮下筋肉内 回 静脈内 回	検 査	
検 査		レントゲン	透視 回 造影剤 回
レントゲン	透視 回 造影剤 回	その他	
処置及び手術	回 回 回 回	入 院	1月未満 日間(日～日) 1月～3月未満 日間(日～日) 3月以上 日間(日～日) 給食の有・無
その他		合 計	
合 計	円	合 計	円

上記のとおり領収(診療)いたしました。
令和 年 月 日

住 所
医師の
氏 名

㊟

社会保険労務士の提出 代行者印	㊟
--------------------	---

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

(添付書類についての注意)

- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけて下さい。
- (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領袖証書」をつけて下さい。
- (3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領袖証書」をつけて下さい。
- (4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収証明書」をつけて下さい。
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳家の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。