

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

被保険者証 記号・番号			請年 月 日	令和 年 月 日
被 保 險 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
自費診療を 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	日
	至 令和 年 月 日	コルセット装着日	令和 年 月 日	日
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)				
支払金融機関 (被保険者 名義の口座)	フリガナ	コード	フリガナ	コード
	銀行		支店	
			預金種別	口座番号
			普 通 当 座	

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 附 加 金 支 給 決 定 額								

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
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下さい。
4. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものいたします。

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 時 間 外 休日・深夜	投 薬	内 服 内 服 外 用
往 診	普 通・難 路 夜間・暴風雨雪 同、家 屋	注 射	皮下筋肉内 静 脈 内
指 導		処置及び手術	材 料 麻 酔 剤
投 薬	内 服 内 服 外 用 調 剤	検 査	
注 射	皮下筋肉内 静 脈 内	レントゲン	透 視 造 影 剤
検 査		その他	
レントゲン	透 視 造 影 剤	入 院	1 月 未 満 1 月～3 月未満 3 月 以 上 給 食 の
処置及び手術	材 料 麻 酔 剤		日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 有・無
その他			
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。