

◆治療用装具の場合

1/2枚目

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。

(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

■健康保険組合へ**直接**ご提出ください

(労務担当箇所を経由する必要はありません)

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

＜記入時の注意事項＞

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「退職者の場合」欄については、「任意継続被保険者」以外の方は斜めの取り消し線を入れてください。

第二家族

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者 氏名 ①	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	印	会社名 所 ② 属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678
受診者 氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者に対する続柄 妻	退職者の 場 ③ 合	退職年月日 令和 年 月 日 住所 連絡先
傷病名	腰椎ヘルニア		発病または 負傷年月日	令和 1年 6月 3日
原因	自宅整理中、重量物搬送時に受傷		傷病の経過	裏面のとおりに
自費診療を 受けた理由	コルセット装着 (医師の指示による)		診療・薬剤を受 けた病院・薬局 の住所・氏名	裏面のとおりに
			診療・薬剤に 要した費用	80,340円
診療の時期	自 令和 1年 6月 4日 至 令和 年 月 日	入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	令和 1年 6月 4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)	④			
支払金融機関 (被保険者 名義の口座) ⑤	フリガナ ○○ 銀行	コード 9 9 9 9	フリガナ ○○ ○○	コード 9 9 9
			預金種別 普通	口座番号 9 9 9 9 9 9 9 9

＜記入時の注意事項＞

- ④ 「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)」欄については、「第三者の行為によるもの」ではない場合、斜め線の取り消しを入れてください。
- ⑤ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。
(「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。)

診療点数	点	医療
第二家族療養費支給決定		
支給査定額	自己負	控除
	家族療養附加金支給	

- (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といいたします。

受付印

出納印



◆治療用装具の場合

2／2枚目

⑥ 領収（診

<記入時の注意事項>

⑥ 「治療用装具装着」に伴う支給申請の際は、当ページは使用しません。（添付は不要です）

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 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 酔剤
投薬	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 給食の有・無
処置及び手術	材料 酔剤	合計	円
その他			
合計	円		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		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「血液代金の領収証書」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「実費についての領収証書」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。

◆治療用眼鏡の場合

1/2枚目

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。

(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

■健康保険組合へ**直接**ご提出ください

(労務担当箇所を経由する必要はありません)

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

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「退職者の場合」欄については、「任意継続被保険者」以外の方は斜めの取り消し線を入れてください。

第二家族療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	4000・1234567			請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者 氏名 ①	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	印	会社 所 ②	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678	
受診者 氏名	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 二郎	被保険者に対する続 二男	退職者の 場 ③	退職年月日 令和 年 月 日 住所 連絡先	
傷病名	両) 屈折性弱視			発病または 負傷年月日	令和 1年 6月 3日
原因	生まれつき物を見る力が弱い為			傷病の経過	裏面のとおりに
自費診療を 受けた理由	治療用眼鏡の装着 (医師の指示による)			診療・薬剤を受 けた病院・薬局 の住所・氏名	裏面のとおりに
診療の時期	自 令和 1年 6月 4日 至 令和 年 月 日	入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 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)	⑤			診療・薬剤に 要した費用	24,650円
支払金融機関 (被保険者 名義の口座) ⑥	フリガナ 〇〇 〇〇 銀行	コード 9 9 9 9	フリガナ 〇〇 〇〇	コード 9 9 9	預金種別 普 通 当 座
					口座番号 9 9 9 9 9 9 9 9

<記入時の注意事項>

- ④ 「コルセット装着日」欄については、実際に治療用眼鏡を装着された年月日をご記入ください。
- ⑤ 「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)」欄については、「第三者の行為によるもの」ではない場合、斜め線の取り消しを入れてください。
- ⑥ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。

〔「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。〕

- (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。
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といたします。

◆治療用眼鏡の場合

2/2枚目

⑦

領収(診療)

＜記入時の注意事項＞

⑦ 「治療用眼鏡装着」に伴う支給申請の際は、当ページは使用しません。(添付は不要です)

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 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 酔剤
投薬	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 給食の有・無
処置及び手術	材料 酔剤	合計	円
その他		合計	円
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		⑩	

(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「血液代金の領収証書」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「実費についての領収証書」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。

◆自費診療の場合

1/2枚目

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。

(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

■健康保険組合へ**直接**ご提出ください

(労務担当箇所を経由する必要はありません)

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
-----	----	-----	------

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「退職者の場合」欄については、「任意継続被保険者」以外の方は斜めの取り消し線を入れてください。

第二家

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請年 月	求日	令和 年 月 日
被保険者 氏名 ①	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	印	会社 所 ②	所属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678
受診者 氏名	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎	被保険者に対する続柄 長男	退職者の 場 ③	合	退職年月日 令和 年 月 日 住所 連絡先
傷病名	左上腕部切創		発病または 負傷年月日	令和 1年 6月 3日	
原因	岩場で転倒し受傷		傷病の経過	裏面のとおりに	
自費診療を 受けた理由	旅行先で受傷したが、保険証を不携帯であったため。		診療・薬剤を受けた病院・薬局の住所・氏名	裏面のとおりに	
			診療・薬剤に要した費用	5,650円	
診療の時期	自 令和 1年 6月 3日 至 令和 1年 6月 3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	
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)	④				
支払金融機関 (被保険者 名義の口座) ⑤	フリガナ ○○ 銀行	コード 9 9 9 9	フリガナ ○○ ○○	コード 9 9 9	預金種別 普通 口座番号 9 9 9 9 9 9 9 9

<記入時の注意事項>

- ④ 「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)」欄については、「第三者の行為によるもの」ではない場合、斜め線の取り消しを入れてください。
- ⑤ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。
〔「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。〕

診療点数	点	医療
第二家族療養費支給決定		
支給査定額	自己負	除
	家族療養附加金支給	

- (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といいたします。

受付印

出納印



◆自費診療の場合
2/2枚目

<記入時の注意事項>
⑥ 「自費診療による立替払い」に伴う支給申請の際は、診療を受けた医療機関が各欄を記入した「領収（診療）明細書」を添付してください。
（医療機関が発行したものによる「別紙添付」でも可）

⑥ 領収（診療）

患者名	健保 一郎				傷病名	左上腕部切創				
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			投 薬	内 服	回			
	時 間 外	回				屯 服	回			
	休日・深夜	1 回				外 用	回			
往 診	普 通・難 路	回			注 射	皮下筋肉内	回			
	夜間・暴風雨雪	回				静 脈 内	回			
	同、家 屋	回					回			
指 導					処 置 及 び 手 術	材 料	回			
投 薬	内 服	回				麻 酔 剤	回			
	屯 服	回					回			
	外 調 剤	回				回				
注 射	皮下筋肉内	回			検 査	透 視	回			
	静 脈 内	回				造 影 剤	回			
		回					回			
検 査					レントゲン	透 視	回			
レントゲン	透 視	回				造 影 剤	回			
	造 影 剤	回					回			
		回				回				
処 置 及 び 手 術	創傷処置	1 回			入 院	1 月 未 満	日間（ 日～ 日）			
	材 料	回				1 月～3 月未満	日間（ 日～ 日）			
	麻 酔 剤	回				3 月 以 上	日間（ 日～ 日）			
その他					給 食 の	有・無				
合 計	5, 6 5 0 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 ○○○市 ○○町○○○○ ○○○○ - ○ 医師の 氏 名 ○○○病院 医師 ○○ ○○ 印 ㊟										

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。