

同	年	月	日	平成	年	月	日	常務理事	事務長		係
支	払	年	月	日	平成	年	月	日			
* 支 払 決 議 書	支 給 額	支払額		拾万	万	千		健保記入欄			
		法定給付		拾万	万						
	付加給付										
								年	月	日	

健康保険 家族療養費支給申請書 (第1回目) (マッサージ用)

被保険者

暦月単位で申請してください。

◎記入にあたって注意事項をよく読み2枚目の「施術内容(領収)明細書」とセットで提出してください。
◎初回の申請には「医師の同意書」を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③ 被保険者(フリガナ) ヤマダ ヨシコ
	99 — 999	大昭平 99 9 9	(申請者)の氏名 山田 よしこ (印)
	④ 事業所の名称	グラクソ・スミスクライン(株)	
	所在地	渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル	
	⑤ 被保険者(申請者)の住所	〒 123 - 1234 (フリガナ) トウキョウト	(電話番号)
	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑦ 氏名	⑧ 発病または負傷年月日 (手術開始日)
	⑦ 傷病名または症状	脳出血後の筋麻痺後遺症	24 12 4
	⑨ 発病又は負傷の原因およびその経過	⑩ 業務上、第三者の行為による傷病ですか?	⑪ 加害者氏名
	⑩ 1. 業務上 2. 第三者行為 3. いいえ		
	⑪ 施術期間	24年12月3日から 24年12月25日まで	
	⑫ マッサージを受ける以前に⑦の症状(またはその原因となる傷病)により診療を受けていた診療所、病院について	名称	〇〇病院 脳神経外科
所在地	東京都〇〇市		
⑬ 上記⑫での医師により診療を受けた期間	自 99年99月頃から	至 現在まで 月頃まで	
⑭ 支払金融機関	銀行	本店	
×× 金庫・農協 ××	支店	預金種別	
口座番号	9 9 9 9 9 9 9 9	①. 普通 ②. その他	
		フリガナ ヤマダ ヨシコ	
		山田 よしこ	
		金融機関・支店CD 9999 9999	

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 平成 年 月 日提出

被保険者住所 (請求者) 氏名 受付日付印

委任者と代理人との関係 ()

③の被保険者氏名と異なる名義の口座を指定する場合は記入が必要です。

代理人の氏名と印

代理人の住所 郵便番号