

伺	年	月	日	平成	年	係
支	払	年	月	日	平成	年
* 支 払 給 付 決 議 書	支 払 額	拾	万	万	健保記入欄	
	支 給 決 定 の 額	拾	万	万		
	法定給付	拾	万	万	千	日
	付加給付					日
					要	備 考

健康保険 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 1 回目)
(はり・きゅう用)

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。
◎ 「*」印欄は記入しないでください。
◎ 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	① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) ヤマダ ヨシコ
	99 — 999	大 昭 平 99 9 9	山田 よしこ	(印)
保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	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		
記 入 す る こ ろ	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)	
	東京都 ○○市 △△ × 丁目 × 番地	9999-99-9999		
記 入 す る こ ろ	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑦氏名	⑧生年月日	⑨被保険者との続柄
			大 昭 平 年 月 日	
記 入 す る こ ろ	⑦ 傷病名	⑧発病または負傷年月日	年 月 日	
	神経痛	(施術開始日)	24 12 9	
記 入 す る こ ろ	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?		
	いつ・どこで・どうした) ○○ごろより下肢に痛みが出て、病院を受診。神経痛と診断され1年投薬治療を受けていたが改善されず、医師からはり治療をすすめられた。	1. 業務上 2. 第三者行為 ③. いいえ		
記 入 す る こ ろ	⑪ 施術期間	⑫ 加害者氏名		
	24年 12月 3日 から 24年 12月 25日まで			
記 入 す る こ ろ	⑬ 上記⑫での医師により診療を受けた期間	⑭ 名称	⑮ 上記⑫での医師による治療内容(検査や投薬の有無など)	
	自 99年 99月 頃から 至 99年 99月 頃まで	○○病院 整形外科	CT検査、薬物療法を受けた。	
記 入 す る こ ろ	⑭ 支払金融機関	⑯ 本店	⑰ 預金種別	⑱ 名義
	×× 銀行 ×× 金庫・農協	支店	①. 普通 ②. その他	フリガナ ヤマダ ヨシコ 山田 よしこ
口座番号		9 9 9 9 9 9 9	金融機関・支店CD	9999 9999

受 取 代 理 人 の 欄	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	フリガナ	
代理人の住所	郵便番号	フリガナ	