

インターネットをご利用できる方は、疾病予防費Web支給申請でお申込みください

## 疾病予防費支給申請書

送付先 〒185-250 日本電気健康保険組合 疾病予防担当 行  
(住所 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11)

平成 年 月 日 提出

申請区分に○をつけてください。〔 ①予防接種 ②妊婦保健指導 ③乳児保健指導 〕

※ 申請区分別に分けて提出してください。申請用紙は1枚で一人分です。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET	-	-
	被保険者氏名	所属			文書メールNo	-	
	被保険者氏名			自宅住所 〒			
	受検者氏名 (接種者)			続柄	生年月日		
	(フリガナ)				昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		
	実施医療機関名						
	出産日	平成 年 月 日		※ 妊婦保健指導を申請する場合は必ずご記入ください			
	※項目の欄には、妊婦健診の場合「健診」、乳児健診の場合「健診」、予防接種の場合「予防接種名」を記入する						
		実施日	項目	金額	健康保険組合記入欄		
					査定額	備考	
1	年 月 日						
2	年 月 日						
3	年 月 日						
4	年 月 日						
5	年 月 日						
6	年 月 日						
7	年 月 日						
8	年 月 日						
9	年 月 日						
10	年 月 日						
11	年 月 日						
12	年 月 日						
13	年 月 日						
合 計							
領収書内訳		預かり	枚	円	戻し	枚	
・退職者・退職予定者の方は記入してください(郵便局取扱い不可)							
金融機関名			口座番号	名義(フリガナ)			
銀行		支店	(普通)				

注 1. 添付していただく確証は領収書原本に限ります。領収書(原本)は返却できません。

2. 領収書の宛名は個人名(フルネーム)のものとなります。受検者(接種者)氏名、内容が病院側で明記されているものとなります。その他 NECけんぽホームページでご案内のとおりとなります。確証に不備がある場合は返却となります。

※確証の領収書は、妊婦・乳児保健指は申請書にまとめてホチキス止め、予防接種の場合は申請書裏面に糊付けしてください。(改定H22.5)