

立替治療費の申請

療養費・第二家族療養費(立替治療費)支給申請書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者記入欄	健康保険記号・番号	0 1 2	番号	0 1 2 3 4 5 6	会社名	NEC○○株式会社	TELNET	8-123-1234		
	令和 XX 年 XX 月 XX 日					所属	△△△事業部	メールNo.	185-0000	
	氏名					自宅住所 〒 150-0000				
	健保 太郎					東京都 渋谷区 桜丘町 29-11				
	生年月日 昭和 平成 令和 XX 年 XX 月 XX 日					TEL 03-1234-1234				
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委託します。					本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>				
	治療を受けたのは被保険者本人ですか、家族ですか。右記欄に○をつけてください。									
	家族が治療を受けたとき その者の氏名		フリガナ 氏名	ケンポ イチロウ 健保 一郎		続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日		
						子	昭和 平成 令和 XX 年 XX 月 XX 日	昭和 平成 令和 XX 年 XX 月 XX 日		
	傷病名		○○○病			発病または負傷した日	令和 XX 年 XX 月 XX 日			
発病または負傷の発生場所および原因										
どこで		何をして		どのように発病(負傷)したか?						
○○温泉で		深夜、就寝後に		発熱および咳が止まらなくなった。						
負傷による申請のときは各項目に○をつけてください。										
1. 第三者行為によるものですか?		はい <input checked="" type="checkbox"/>		3. の質問ではいの場合、日本スポーツ振興センターの災害給付金は						
2. 通勤途上等の労災ですか?		はい <input checked="" type="checkbox"/>		手続き済 <input type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> 手続きしない						
3. 学校内、学校の行事での事故ですか?		はい <input checked="" type="checkbox"/>		(手続きしないとき、その理由)						
傷病の経過		診療を受け回復した。								
診療または手当てを受けた医療機関		医療機関名 ○○○○病院			所在地 東京都 渋谷区 桜丘町 30-12					
医師名		渋谷 健太								
診療を受けた期間	令和 XX 年 XX 月 XX 日から 令和 XX 年 XX 月 XX 日まで(XX 日間)			通院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院	診療等に要した費用		00.000 円			
療養の給付を受けることができなかった理由 (健康保険の資格が確認出来なかった理由)										
必要な添付書類		やむを得ず保険医以外の医療機関にかかったとき、 または健康保険の資格が確認出来なかったとき			領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書					
		はり、灸、マッサージ等の治療を受けたとき			領収書 <input type="checkbox"/> 保険医の同意書 <input type="checkbox"/> 施術内容、施術日の確認					
退職者・退職予定の方は、必ず口座情報を記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることができます。										
金融機関名 銀行 支店		口座番号 (普通)		フリガナ 名義	退職年月日 令和 年 月 日					

事業主記入欄	令和 年 月 日 事業所名		
	上記のとおり証明し 委任を受けた保険組合は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。		
事業主(会社)の証明欄です。			

健康保険組合記入欄	資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日 資格喪失日 令和 年 月 日					支給期間	令和 年 月 日から			
	算出の基礎						令和 年 月 日まで			
							(日間)			
						支給額				
						高額療養費				
	常務理事		事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項			受付年月日
	承認欄									