

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

健康保険 記号・番号		記号		番号		会社名		TELNET - -	
令和 年 月 日		氏名		所属		メールNo.		-	
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		在宅住所 〒		TEL		-		-	
在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。									
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。							本人 ・ 家族		
家族が治療を受けたとき その者の氏名		リガナ 氏名		続柄		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		NEC健保扶養認定日 昭和 平成 令和 年 月 日	
傷病名		発病または負傷した日		令和 年 月 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?					
被保険者記入欄									
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・いいえ		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		手続き済 ・ 手続き中 ・ 手続きしない		( )	
2. 通勤途上、業務上等の労災ですか?		はい・いいえ							
3. 学校内、学校の行事での事故ですか?		はい・いいえ							
傷病の経過									
診療または 手当てを受けた 医療機関		医療機関名		所在地					
		医師名							
診療を 受けた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで( 日間)		通院 ・ 入院		診療等に要した費用		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 ・ 診療報酬明細書 ・ 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 ・ 保険医の同意書 ・ 施術内容、施術日の確証					
退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。									
金融機関名		口座番号		リガナ		退職年月日			
銀行				名義		令和 年 月 日			
支店		(普通)							
事業主記入欄									
令和 年 月 日		事業所名							
上記のとおり証明します。		委任を受けた保険給付金は 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。		事業主名 (代理人)					
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 令和 年 月 日まで ( 日間)			
算出の基礎				支給額		円			
				高額療養費		円			
承認欄		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	