

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	被保険者証 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	自宅住所 〒	Tel - -				
	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	フリガナ 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?				
	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 (手続きしないのとき、その理由)		
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 (保険証の提示ができなかった理由)							
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、 または旅行中などで保険証を提示できなかったとき			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、施術日の確認			
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	フリガナ	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		
					円		
				高額療養費	円		
						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	