療養費・第二家族療養費（治療用装具）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	記号	番号	会社名　TELNET　－　－
令和　年　月　日			所属　メールNo.　－
氏名			自宅住所　〒
生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日			
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。			TEL　－　－

治療を受けたのは被保険者本人ですか、家族ですか。 右記欄に〇をつけてください。　本人　・　家族

家族が治療を受けたときその者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 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〇をつけてください。

1. 第三者行為によるものですか？　はい・いいえ
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

（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　（手続きしないのとき、その理由　））

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 医師名	所在地		
装具を装着した日	令和　年　月　日	通院中　・　入院中	治療装具の費用	円
必要な添付書類	治療用装具の領収書　・　装具内容内訳明細書　・　保険医の証明書等（同意書・装具装着証明書）			

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 銀行 支店	口座番号 （普通）	ﾌﾘｶﾞﾅ 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

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