

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	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						
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	口座番号		フリガナ	退職年月日			
	銀行 支店 (普通)	名義		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		