

立替治療費の申請

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

被保険者証 記号・番号	012	番号	0123456	会社名	NEC〇〇株式会社	TELNET	8-123-1234
氏名	健保太郎			所属	△△△事業部	メールNo.	185-0000
生年月日	昭和・平成 XX年 XX月 XX日			自宅住所	〒150-0000 東京都 渋谷区 桜丘町 29-11		
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	・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	ケンボ イチロウ	健保 一郎	続柄	子	生年月日	昭和 平成 XX年XX月XX日
傷病名	〇〇〇病			発病または負傷した日	平成 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	〇〇温泉で			何をして	深夜、就寝後に		
負傷による申請のときは各項目に○をつけてください。				どのように発病(負傷)したか?	発熱および咳が止まらなくなった。		
1. 第三者行為によるものですか? はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2. 通勤途上等の労災ですか? はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 3. 学校内、学校の行事での事故ですか? はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇病院			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	平成 XX年 XX月 XX日から 平成 XX年 XX月 XX日まで(XX日間)	<input checked="" type="checkbox"/> 通院・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 (保険証の提示ができなかった理由)							
旅行中のため保険証を持参していなかったため				添付書類は 現本を提出			
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、退職予定者の方は記入してください。							
金融機関名	口座番号	フリガナ	退職年月日				
銀行		名義	平成 年 月 日				
支店	(普通)						

事業主記入欄	平成 年 月 日 事業所名
上記のとおり証明し、委任を受けた保険給付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 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	支給期間	平成 年 月 日から 平成 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