

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

被保険者証 記号・番号		番 号		会社名		TELNET - -	
平成 年 月 日		所属		メールNo.		-	
氏名		〒		自宅住所 〒		TEL - -	
生年月日 昭和・平成 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。					
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 年 月 日 平成 年 月 日	
傷病名		発病または負傷した日		平成 年 月 日		NEC健保扶養認定日 昭和 年 月 日 平成 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 (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		平成 年 月 日から 平成 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、施術日の確証			
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		(普通)		名義		平成 年 月 日	
支店							
事業主記入欄							
平成 年 月 日		事業所名		事業主名 (代理人)			
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。				Ⓜ			
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	