

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 - -		
	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	NEC健保扶養認定日 昭和 年 月 日 平成		
	傷病名	発病または負傷した日		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	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 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		所在地				
	医師名						
装具を装着した日	平成 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		平成 年 月 日		
銀行	(普通)	名義					
支店							
事 業 主 記 入 欄	平成 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)	印			
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		