



療養費支給申請書の注意事項

※記入見本を参考に記入漏れのないように記載をお願いします。

【提出先】ネスレ健康保険組合

【締切日と支給日】毎月10日締め月末営業日支給

治療用装具費用申請の提出書類

① 療養費支給申請書

※装具装着時、「入院」「外来」のいずれかを選択しチェックしてください。

主治医の意見書記入日の翌々月以降の審査となりますので、あらかじめご了承ください。

② 医師の意見書:原本

③ 治療用装具費用の領収書:原本

診療立替払い申請の提出書類

① 療養費支給申請書

※病院ごと、調剤薬局ごとに申請書がそれぞれ必要となります。

② 領収書(原本)

③ 診療報酬明細(=レセプト):原本

※病院受診の際には傷病名の記載のない診療明細書は不可。病院でレセプトを受領のうえご提出ください。

調剤薬局に処方箋を提出した場合には、領収書とともに受領した調剤明細書を添付。レセプトは不要。

あんま・マッサージ・はり・灸の施術を受ける場合には、診療報酬明細書に代わる施術内容および傷病名が記載された書類をご提出ください。

共通事項

いずれの申請の場合であっても、第三者行為によるケガの場合は、必ずその旨を健保にご連絡ください。

記載方法がわからない場合は、必ず担当者宛て(iFAQで「給付」と入力すると出てくる者)にOne driveで申請書を共有のうえ、ご連絡ください。未記入箇所がある場合、審査が保留となり返戻の対象となりますので、不明点は必ずご相談ください。スムーズな運用のためにご協力のほど、よろしくお願いいたします。

- 被保険者
 家族

療養

治療用装具費用記入見本

治療用装具費用の申請
【添付書類】
<input checked="" type="checkbox"/> ①医師の意見書(原本)
<input checked="" type="checkbox"/> ②領収書(原本)
※下肢装具のみ写真添付必須

診療立替払いの申請
【添付書類】
<input type="checkbox"/> ①領収書(原本)
<input type="checkbox"/> ②診療報酬明細書(=レセプト)(原本)※
※病名の記載のない診療明細書は不可。病院で「レセプトをください」と依頼要

ネスレ健康保険組合 御中

※注意事項および記入見本を参考に記入もれのないようにしてください。また、□には忘れずVを入れてください。

被保険者 氏名	山田 太郎			被保険者証 記号	0001	番号	0001	従業員番号	02345678	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3年 11月 14日		資格 喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		請求日	令和 3年 6月 7日	
被保険者 現住所	〒 651 - 0087 電話番号 (078) 230 - 7040 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号									
事業所 名称	ネスレ日本株式会社			部課または 支店名	人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入					
資格 取得日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	27年 8月 1日		資格 喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		請求日	令和 3年 6月 7日	
申請が家族(被扶養者)に 関する場合は右記に 記入してください	フリガナ 受診者 氏名	ヤマタ ハナコ 山田 花子			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	8年 5月 2日		続柄	妻
発症・負傷 の日	令和 3年 5月 20日	傷病名	左膝内側靭帯損傷							
発症・負傷 の原因	自宅で子供と遊んでいて転倒						第三者行為による 発症・負傷	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
診療を受けた 医療機関の 情報	名称	神戸〇〇病院			医師の氏名	神戸 次郎				
	住所	〒 651 - 0087 神戸市中央区〇〇7-1-15			電話番号	078 (230) 7167				
診療期間(支給期間)	令和 3年 5月 20日	から	令和 3年 5月 24日	まで	5 日間					
上記のうちの入院期間	令和 3年 5月 20日	から	令和 3年 5月 21日	まで	2 日間					
装具装着日	令和 3年 5月 24日	入院・外来 区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	治療に要した費用の額	25,000 円					
診療または手当の内容										
健康保険を受けることができなかった理由 (具体的に詳細を記載)								医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	
傷病が第三者行為によるときはその事実 ならびに第三者の住所、氏名										
※被保険者の方が退職された場合(任意継続以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先などを下記に記入してください。										
請求者氏名	この欄は被保険者の退職(任意継続除く) または死亡の場合のみ記載									
金融機関										
振込先										
組合 記入欄	処理区分	立替払等・治療装具・あんま・マッサージ・はり・灸				常務 理事	給付 担当			
	一時金決定額	円	疾病コード							
	備考									

ネスレ健康保険組合

- 被保険者
 家族

療養費

診療立替払い記入見本

治療用装具費用の申請
【添付書類】
<input checked="" type="checkbox"/> ①医師の意見書(原本)
<input checked="" type="checkbox"/> ②領収書(原本)
※下肢装具のみ写真添付必須

診療立替払いの申請
【添付書類】
<input type="checkbox"/> ①領収書(原本)
<input type="checkbox"/> ②診療報酬明細書(=レセプト)(原本)※
※病名の記載のない診療明細書は不可。病院で「レセプトをください」と依頼要

ネスレ健康保険組合 御中

※注意事項および記入見本を参考に記入もれのないようにしてください。また、□には忘れずVを入れてください。

被保険者氏名	山田 太郎			被保険者証	従業員番号			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 11 月 14 日	記号	0001	番号	0001	02345678	
被保険者現住所	〒 651 - 0087 電話番号 (078) 230 - 7040 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号							
事業所名称	ネスレ日本株式会社		部課または支店名	人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入				
資格取得日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	27 年 8 月 1 日	資格喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	請求日	令和 3 年 6 月 7 日	
申請が家族(被扶養者)に関する場合は右記に記入してください	フリガナ	ヤマダ ハナコ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	8 年 5 月 2 日	続柄	妻
発症負傷の日	令和 3 年 5 月 3 日	傷病名	急性胃腸炎					
発症負傷の原因	実家帰省中に発症					第三者行為による発症・負傷	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
診療を受けた医療機関の情報	名称	札幌〇〇病院			医師の氏名			
	住所	〒 060 - 8588 札幌市中央区〇〇7-1-15			電話番号	011 (000) 0000		
診療期間(支給期間)	令和 3 年 5 月 3 日 から 令和 3 年 5 月 3 日 まで 1 日間							
上記のうちの入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間							
装具装着日	令和 年 月 日	入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	治療に要した費用の額	12,820 円			
診療または手当ての内容	点滴、血液検査							
健康保険を受けることができなかった理由(具体的に詳細を記載)	遠方の帰省先で健康保険証不携帯のため					医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	
傷病が第三者行為によるときはその事実ならびに第三者の住所、氏名								
※被保険者の方が退職された場合(任意継続以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先などを下記に記入してください。								
請求者氏名	この欄は被保険者の退職(任意継続除く) または死亡の場合のみ記載							
金融機関コード								
振込先								
組合記入欄	処理区分	立替払等・治療装具・あんま・マッサージ・はり・灸				常務理事	給付担当	
	一時金決定額	円	疾病コード					
	備考							

ネスレ健康保険組合