

被保険者  
 家族

# 療養費支給申請書

| 治療用装具費用の申請                           |  |
|--------------------------------------|--|
| 【添付書類】                               |  |
| <input type="checkbox"/> ①医師の意見書(原本) |  |
| <input 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」と依頼必須          |  |

## 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。

|  |                               |   |            |                                    |   |   |  |
|--|-------------------------------|---|------------|------------------------------------|---|---|--|
| 被保険者記入欄  | 被保険者氏名                        |   | 被保険者証      |                                    | 従業員番号   |   |  |
|  | 生年月日                          | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年          | 月                                  | 日   | 記号  |  |
|  | 被保険者現住所                       |   | 電話番号 ( )   |                                    | 番号  |   |  |
|  | 事業所名称                         |   |            | 部課または支店名                           |   |   |  |
|  | 資格取得日                         | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                             | 年          | 月                                  | 日   | 資格喪失日   | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和  |
|  | 請求日                           |   | 令和         |                                    | 年   |   | 月  |
|  | 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  | 生年月日                               | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年   | 月  |
|  | 発症・負傷の日                       |   | 令和         |                                    | 年   |   | 月  |
|  | 発症・負傷の原因                      |   | 傷病名        |                                    | 第三者行為による発症・負傷   |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|  | 診療を受けた医療機関の情報                 |   | 名称         |                                    | 住所  |   | 医師の氏名  |
|  |                               |   | 〒          |                                    | -   |   | 電話番号 ( )   |
|  | 診療期間(支給期間)                    |   | 令和         |                                    | 年   |   | 月  |
|  | 上記のうちの入院期間                    |   | 令和         |                                    | 年   |   | 月  |
|  | 装具装着日                         | 令和  | 年          | 月                                  | 日   | 入院・外来区分   | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来  |
|  | 診療または手当ての内容                   |   | 治療に要した費用の額 |                                    |   |   | 円  |
| 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 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  |                               | 続柄  |            | 電話番号                               |   | ( )   |  |
| 金融機関コード  | 支店コード                         | 口座種別  |            | 口座番号                               |   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |
| 振込先  |                               | <input type="checkbox"/> 銀行   |            | <input type="checkbox"/> 支店        |   | フリガナ  |  |
|  |                               | <input type="checkbox"/> ( )  |            | <input type="checkbox"/> ( )       |   | 名義  |  |
| 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   |                               |   |            |                                    |   |   |  |