

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

受付年月日	年 月 日			
ニチレイ健康保険組合検印欄				
常務理事	事務長	係	係	係

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

会社名				事業所名			
記号・番号	一			被保険者氏名			
対象者氏名				生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
発病又は負傷の年 月日	年 月 日			傷病名			
発病又は負傷の原 因							
傷病の経過							
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称				所在地及び 電話番号	〒	
	氏名						
診療又は手当の内 容							
診療期間等(外 来・入院どちらかに○)	外来・入院	自 至	年 月 日	年 月 日	日間	診療又は手当に要し た費用の額	円
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかった理由	1. 前の保険(前職の健康保険、国民健康保険など)を使用し、全額負担したため 2. 保険証を持参せず、全額負担したため 3. その他()						
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨							
傷病は第三者の行為によるものですか	はい・いいえ 「はい」の場合は健保組合にご連絡下さい。						
受取方法	事業所経由で	<input type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み) <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい。(退職者は必ず記入)					
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名						
振込先	ご本人名義の口座に限ります						
	銀行			支店	フリガナ		
	口座番号				口座名義		
上記のとおり申請します。 年 月 日							
住所							
ニチレイ健康保険組合理事長 殿				被保険者氏名			

(提出書類)

- ①療養費支給申請書(メール添付可)
- ②領収書(原本)
- ③診療報酬明細書(医療機関、または前健保発行のもの)(原本)

送付先

〒104-8402 東京都中央区築地6丁目19番20号 ニチレイ東銀座ビル16階
ニチレイ健康保険組合 メール: N5500X032@nichirei.co.jp