

NEC健康・福利共済会 差額ベッド利用料補助申請書

《申請者 記入欄》

提出日 平成 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名			
氏名	④		所 属			
在職中に受領する給付金は給与支払い会社に委任します。			TELNET	—		
			メールNo.	—		
差額ベッドを使用した方の氏名	フリガナ	続柄	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
	氏名		扶養	所得税控除	昭和・平成	年 月 日
			年月日	NEC健康保険	昭和・平成	年 月 日
入院開始日	平成 年 月 日		申請期間後の状況	1. 退院 2. 入院中		
申請期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間) *入院開始4日目以降から退院日まで申請できます。					
申請額	【給付日額の算出方法】					
	・本人および扶養している配偶者 : 日額5,000円までの実費+5,000円超過分の半額≤日額10,000円					
	・その他の扶養家族 : 日額4,000円までの実費+4,000円超過分の半額≤日額 8,000円					
	【申請額記入欄】					
	* 医療機関に実際に支払った金額(支払日額)を元に上記基準で給付日額を算出してご記入ください。					
* 異なる支払日額がある場合は、期間、金額ごとに分けてご記入ください。						
* 給付日数は給付対象期間内とし、給付日額は給付限度額内としてください。						
* 消費税は支給対象外です。支払日額に消費税が含まれている場合は除いてください。						
(期 間)		(消費税を除いた支払日額)	(給付日額)	(申請日数)	(申請額)	
/ ~ /		円 →	円 ×	日 =	円	
/ ~ /		円 →	円 ×	日 =	円	
/ ~ /		円 →	円 ×	日 =	円	
給付申請合計額 円						
医療機関名	TEL	出産のための入院の場合 の状態	正常・異常			
添付書類	・差額ベッド利用料の支払いに要した費用のわかる領収書の写し					
	・NEC健康保険の被扶養者の方は健康保険被保険者証の写し					
	・退職後、退職予定の方は『銀行振込み依頼書』					

《健康・福利共済会事務局支部(各社人事総務部門) 記入欄》

受付日 平成 年 月 日

期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)	算出額	円	
委任を受けた給付金は、健康共済会で定められた方法で受領し申請者へ支給します。			承認	担当
事業所名	④			
代表者名				

《健康・福利共済会事務局本部 記入欄》

資格取得日	昭和・平成 年 月 日	扶養年月日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
支給決定額	円	支給年月	平成 年 月		
特記事項	承認		担当	本部受付年月日	

申請者→支部(各社人事総務部門)→健康・福利共済会事務局本部

毎月25日までに健康・福利共済会事務局本部に到着したものは翌月給与に含めて支給します。