

肥満症治療薬 補助金申請書

(保険診療・自費診療)

日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿

↑ いずれかを○で囲んでください

* 太枠内を記入してください。

■被保険者

		年 月 日 記入	
被保険者	記号 番号	フリガナ 被保険者氏名	
社員番号		被保険者住所	〒
電話番号	()		
要した費用	円	請求額	円

《被保険者署名欄》

健康保険組合からの案内メールにて肥満症治療の対象者となったため、補助を申請します。

被保険者署名 _____

《医師の署名欄》

※保険診療及びメドケア(※)提携医療機関で受診の場合は不要

本患者は、薬剤添付文書に記載された処方基準に基づき、当該基準に合致していることを証明する。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

医師の氏名

※振込先

振込先 (被保険者 名義)	1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与振込口座)		
	2. 1以外で希望 する場合	銀行 信用金庫 信用組合	普通預金 口座番号 支店 被保険者名義 ※カタカナ記入

■添付書類：領収書(コピー可)を裏面の「領収書貼付欄」に貼付してください。

★領収書には以下の記載が必要です。

不備の場合は医療機関で記入してもらうか、または以下の事項がわかる明細書を添付してください

- 治療を受けた方の氏名(フルネーム) 自己負担金額
 治療日 医療機関名・所在地 ご本人と医師の署名(メドケア以外での自費診療のみ)

《注意事項》

- 対象者：肥満症治療を受けた月の月末まで日本イーライリリー健康保険組合の被保険者の方
- 申請方法：申請書は治療を受けた月ごとに作成し、領収書(コピー可)を添付の上、治療後2ヶ月以内に健康保険組合あてに請求してください。
- 提出先：社内便(リリー健保宛て)または下記に郵送でご提出ください。
- 補助金の支給額は以下の通りです。
保険診療：自己負担額全額 自費診療：自己負担額の50パーセント

※ 補助金の支給は治療月から最短で3ヶ月後になります。
 自費診療の場合の医師署名に係る「文書料」等は自己負担となります。
 自費診療の場合は治療内容等をご本人に照会させていただく場合があります。

《提出先・お問合せ》 日本イーライリリー健康保険組合
 〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪ビル10F
 TEL: 06-6150-1090 FAX: 06-6150-1092

支給金額 _____ 円

領収書貼付は裏面の「領収書貼付欄」へ

受付印

領収書貼付欄

※領収書が剥がれないようにお貼りください。
※領収書が多い場合、ずらして貼付ください

貼付例①

領収書

領収書

領収書