|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備　考 | 資　　　格 | 支給並支払決定伺 |
| 　　年　　月分 | 　年　　　月　　　日　取　得 | 起　案 |
| 　年　　　月　　　日　喪　失 | 施　行 |
| 承 認 金 額 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係　員 | 係　員 |
| 本・家 高額療養費 | 円 |  |  |  |  |
| 本・家 　付加金 | 円 |
|  **年 月分** | **本人家族** | **還付金申請書** |
| **記号** |      | **番号** |      | **事業所の名称** |      |
| **傷病名** |      | **診療を受けた医療機関名** |      |
| **診療の期間** | 自　平成・令和年月日至　平成・令和年月日　日間 | [ ]  入院[ ]  通院 | **診療に要した額** |  円 |
|
| **申請理由** | [ ]  1.　医療費助成制度に該当しているが、⇒[ ] 　今回の疾病は医療助成の還付対象にならないため。　　　⇒[ ] 　医療助成の還付を受けられるが、高額分を窓口で負担しているため[ ]  2.　市町村の乳幼児(小児)医療助成があるが、⇒[ ] 健保の付加金の支給が優先となっているため（市町村名：          ）　　　⇒[ ] 　所得制限で医療助成が受けられないため [ ]  3.　その他　　　⇒[ ] 　以前に医療助成の該当であったが、現在は医療助成の該当でないため⇒[ ] （         ） |
| **受　診　者　名** |      | **生年月日** | 昭・平・令年月日 | **続柄** |  |
| **第三者行為によって負傷したものであるか否か** | [ ] ある [ ] ない |
| 上記の通り申請します。この申請に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。　　日産自動車健康保険組合　常務理事殿　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日　　　　　　　　　〒　 　　　　　　　　住所　 　　被保険者　　氏名　 　 　　　　　　　　TEL　 　 ( 　 )  この件についての連絡先：会社℡　 　　　　自宅　  |

【添付書類】● 領収書（原本）

（注意事項）

1. 1ヶ月につき申請書１枚（医療機関の診療科毎、入院・通院・薬局別）にご記入下さい

2. ボールペン等（鉛筆不可）で記入下さい。

3. ご提出先　日産自動車の方⇒【社内メール】メールコード：Y　所属：健保　担当：給付G

日産自動車以外の方⇒事業所の健保担当窓口へお送り下さい