|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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