|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |  | | **青枠内は、被保険者の方が**  **必ずご記入ください。** | | |  | | |  | |
| 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** | | | **××××××　会社** | | | | | | | | | | |
| **傷病名** | **□□□□□　病** | | | | | | | | | **診療を受けた医療機関名** | | | **△△△△　病院** | | | | | | | | | | |
| **診療の期間** | 自　**平成・令和30**年**12**月 **5**日  至　**平成・令和30**年**12**月**24**日日　**20**日間 | | | | | | | | | | | **☑**入院  通院 | **診療に 要した額** | | | | | **123,400**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：　**横浜市**）  　　　⇒　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** | | | | **日産　健子** | | | | | **生年月日** | | 昭・平・令　**20**年**2**月**22**日 | | | | | | | | **続柄** | | **子** | |
| **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　　　　　　　　　　　　　　　　　**2019**年**5**月**10**日  　　　　　　　　　〒　**100-0000**  　　　　　　　　住所　**神奈川県横浜市◇◇区 ▲ ▲ ▲　2 – 5 - ◇◇**  　　被保険者　　氏名　**日産　健太郎**  　　　　　　　　TEL　 **045(＊＊＊)2352**  この件についての連絡先：会社℡　**045(＊＊＊)2352**　　　　自宅　**045(＊＊＊)2355** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【添付書類】● 領収書（原本）

添付書類をご確認の上、必ず添付してください。

**申請書の記入例**

（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。