|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 年  月 | 年　　月分 | 資格 | 年　　　月　　　日　取得 | | 支給並支払決定伺 | | | |
| 年　　　月　　　日　喪失 | | 起案 | | | |
| 承認金額 | |  | 施行 | | | |
| 備  考 | 公  過去 | 法定給付 | |  | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| 一部負担還元金 | |  |  |  |  |  |
| 家族療養付加金 | |  |

**被保険者**

**療養費支給申請書**

**被扶養者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者記入欄** | **記号** | |  | | | | **番号** | |  | | | | **勤務地** | | |  | | | | |
| **傷病名** | |  | | | | | | **診　療　内　容** | | | | | |  | | | | | |
| **発病又は**  **負傷の時期**  **及び原因** | | **いつ、どこで**  **なにをしていて**  **どのように** | | |  | | | | | | | | | | | | **第三者行為に**  **よるもの** | | |
| はい・いいえ | | |
| **診察を**  **受けた**  **病院等** | **名称** | |  | | | | | | **担当医氏名** | | | |  | | | | | | |
| **住所** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **診療期間** | **自** | | 年    月    日 | | | | 日間 | | | 入院  通院 | | **診療に要した額** | | | | 円 | | | |
| **至** | | 年    月    日 | | | |
| **申請の理由** | | | 健康保険加入手続き中につき全額自費で支払ったため  医療機関等で健康保険の資格の確認ができず全額自費で支払ったため  前健保の資格喪失後に受診した医療費返還分を療養費として申請するため  その他（ 　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申請が被扶養者の場合はその者** | | | **氏名** |  | | | | | | | **生年月日** | | 昭・平・令      年    月    日 | | | | | **続柄** |  |
| 上記の通り申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日  　　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  　　　　　　　　　〒　  　　　　　　　　住所　  　　被保険者　　氏名　 　  　　　　　　　　TEL　 ( )  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**添付書類**

**添付書類**

* **領　収　書 （原本）**
* **レセプト… 病院・調剤薬局の窓口でレセプトを請求してください。**

**渡された封筒は開封せずにご提出ください。**

**上記２点が添付されていることをチェックした上で、ご申請ください。**

※レセプトとは･･･傷病名、薬剤名、検査名、処置名等の記載がある書類です。

（診療明細書は傷病名が書いていない為、添付書類になりません。)