Ⅳ 一部負担金等還付 健康保険 本人・家族 **療養費** 一部負担還元金 家族療養費付加金 支給 **記入例**

（訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません）

被保険者（請求者）	① 被保険者等記号・番号	記号 番号 ×××－234	② 被保険者（請求者）の氏名・生年月日	（フリガナ） ジョウホウ タロウ 情報 太郎 (昭)・平・令 ××年 ××月 ××日
	③ 被保険者（請求者）の現住所	〒 ×××－×××× 〇〇市〇〇〇3－3－303		日中連絡のとれる電話番号 自宅 ××－××××－×××× 携帯 ×××－××××－××××
	④ 事業所名称	㈱〇〇〇		

療養費の申請内容	⑤ 療養を受けた方	氏名	情報 太郎	生年月日	(昭)・平・令 ××年 ××月 ××日
		被保険者との続柄	本人	性別	(男)・女
				⑥ 診療区分 ※該当に○	入院 ・ 外来 ・ (外来と調剤)
	⑦ 傷病名	咽頭炎		⑧ 診療の内容	(例 診察・投薬 等) 診察・投薬
	⑨ 診療を受けた医療機関等の名称	〇〇病院、××調剤薬局		⑩ 療養に要した費用の額	×,××× 円
	⑪ 診療を受けた期間	令和 ×年 ××月 ×日 から 令和 ×年 ××月 ×日 まで ×日間			
		〔入院のとき〕入院期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間			
	⑫ 療養費を支給申請する理由 ※該当番号に○	1．一部負担金等の免除が受けられることを知らなかったため 2．一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため (3) 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 4．やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口に免除証明書の提示が出来なかったため （具体的な理由： ）			

疾病・負傷の原因	⑬ 原因 ※該当番号に○	(1) 病気 2．怪我 （ 自損 ・ 交通事故 ・ 暴行、傷害 ） 3．その他（ ）
	⑭ 発病・負傷年月日	平・(令) ×年 ××月 ×日（ 怪我のとき：午前 ・ 午後 時頃に負傷 ）・病気等で発病年月日が不詳
	⑮ 「2.怪我」は具体的な状況と☑を記入	(例 〇月〇日、休日に自宅階段から単独で転倒し負傷 等) 第三者行為の確認 □ 相手がいない □ 相手がいる ※1 労災の確認 □ 私用 □ 労災 ※2

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「注意事項」をご確認ください。
スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がいない」を選択してください。

※2 **通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。**

※ 医療機関等で支払った額のうち、還付対象となるのは一部負担金のみとなります。

給付金振込先選択欄 **※希望する振込先に☑をご記入ください**

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

☑	**会社振込**	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
□	**個人(請求者)口座**	被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店		預金種別 普通 ・ 当座
	金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

受付日付印

□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	