

一部負担還元金支給申請書 (被保険者診療分)

・シャチハタ不可
・受取代理人の欄と
同じもの

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号-番号	123 - 321	被保険者氏名	港 健一 港		
	被保険者の 住所	〒 141 - 0021 東京都品川区上大崎〇-〇-〇		日中の連絡先 (電話番号)	090 - 1234 - 4321	
				事業所名	芝浦港運株式会社	
	傷病名	関節リウマチ	医療機関名	港中央病院		
	受診年月	平成 29 年 1 月分	実際に診療を 受けた日数	7 日間		
保険診療の 一部負担金額	41,250 円					
<input checked="" type="checkbox"/> 公的制度から医療費助成は受けていません 【※下記注意(5)を参照のうえ、□にチェックを入れてください】						

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します				
	平成 29 年 3 月 12 日	住 所	東京都品川区上大崎〇-〇-〇		
		被保険者 (申請者)	氏 名 港 健一 港		
		住 所	東京都港区芝浦〇-〇-〇		
	代理人 (受任者)	氏 名 芝浦 涼介 登録印			

・シャチハタ不可
・被保険者氏名の欄と
同じもの

振込依頼書にて
登録のもの

(申請上の注意)

- 医療機関ごと、及び診療月ごとに作成してください。
- 同じ医療機関で入院と通院がある場合は別々に作成してください。
- 領収書の写しを添付してください。
- 一部負担金額に、入院時の食事療養費・特別室料・保険外診療分は含まれません。
- 他の公的制度(国や地方公共団体等)から医療費助成を受けている場合、一部負担還元金の支給はありません。
- ケガが原因の場合は「負傷の原因について」、第三者行為の場合には「第三者行為による傷病届」を添付してください。

(参考)

この申請書による支給金は、原則、一部負担金額より30,000円を控除した額に5割を乗じた額(1,000円未満切り捨て)です。

支払機関の欄	金融機関	銀行 金庫 信組		支店 本店
	預金種別	1.普通	2.当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)		

受付印
