

# 東日本大震災の被災に伴う自己負担相当額還付申請書(特定保健指導)

全国健康保険協会

標記について、以下のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出

保険者番号				記号・番号												被扶養者番号	生年月日									
				—													昭和	年	月	日						
被扶養者氏名	フリガナ												1. 男 2. 女	被保険者氏名	フリガナ											
被扶養者現住所	フリガナ												(〒 — )													
													電話 ( )													
保健指導機関名													健診受診日	2. 令和				年	月	日	初回面談日	2. 令和				
保健指導機関所在地	フリガナ																									

振込希望口座	金融機関コード				銀行 金庫 信組												店・本店 支店・出張所				
					信連・信漁連 農協・漁協												本所・支所 本店・支店				
	預金種別	1: 普通 4: 通知 2: 当座 3: 別段			口座番号													口座名義人	フリガナ		

※還付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく還付金に関する受領を代理人に委任します。												令和 年 月 日								
	被扶養者(受診者) 住所				氏名																
	受取人情報	代理人の名				フリガナ												委任者と代理人との関係			
代理人の住所				(〒 — )												電話 ( )					

- ※ この申請書に、領収書及び全国健康保険協会が発行する免除証明書(コピー可)を添付して申請してください。
- ※ 領収書が手元になく、健診機関において再発行などが困難な場合は、全国健康保険協会支部までご相談ください。
- ※ この還付申請は、初回面談の翌日から起算して2年以内に限り申請することができます。

※ 全国健康保険協会支部記入欄

審査結果		承認	・	不承認
承認	還付金額	円		
	決定日 (通知書作成日)	令和	年	月 日
	振込年月日	令和	年	月 日
不承認	不承認理由	<input type="checkbox"/> 免除証明書交付対象でないため。		
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考				

支部受付日付印