

# 東日本大震災の被災に伴う自己負担相当額還付申請書（生活習慣病予防健診（被保険者））

全国健康保険協会 船員保険部  
一般財団法人 船員保険会

※ 標記について、以下のとおり申請します。

年 月 日 提出

※ この申請書に、領収書及び全国健康保険協会船員保険部が発行する免除証明書を添付（コピー

保険者番号						被保険者証の記号・番号										生年月日														
0	2	1	3	0	0	1	1																	昭和		年		月		日
被保険者氏名		フリガナ					男・女	船舶所有者	名称																					
		Ⓜ							所在地																					
被保険者現住所		フリガナ																												
		(〒 - )																												
被災時点の住所		フリガナ																												
		電話 ( )																												
受診機関名		フリガナ										健診受診日	令和		年		月		日											
受診機関所在地		フリガナ																												

※ 領収書のあて名が船舶所有者名の場合、以下の船舶所有者証明欄に記入・捺印いただければ、領収書添付の必要はありません。

船舶所有者証明欄	上記被保険者が生活習慣病予防健診を受けていることに相違ありません。 なお、上記被保険者の自己負担相当額は _____ 円となります。																						
	船舶所有者所在地 船舶所有者名称 船舶所有者氏名 電	〒 _____ Ⓜ																					

※ 上記の証明が困難な場合は、下欄に健診機関の証明を受けてください。

健診機関証明欄	上記被保険者が生活習慣病予防健診を受けていることに相違ありません。 なお、上記被保険者の自己負担相当額は _____ 円となります。																						
	健診機関所在地 健診機関名称 電	〒 _____ Ⓜ																					

※ 「自己負担相当額に関すること」や、「領収書の添付や、船舶所有者、健診機関の証明のいずれも困難な場合」等のご相談・お問い合わせにつきましては、一般財団法人船員保険会 TEL 03-3407-6063 をお願いいたします。

※ この申請書は、一般財団法人船員保険会へ提出してください。(住所 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-5-6 SEMPOビル)

裏面に振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

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 2:当座 3:別段		4:通知		口座 番号							口座名義人		フリガナ			

※給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	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												令和 年 月 日	
	受診者 住所 氏名												〒	
	受取人 情報	代理人の 氏名と印		フリガナ						委任者と 代理人 との関係				
代理人の 住所		(〒 - )						電話		( )				

※ 全国健康保険協会船員保険部確認欄

以下の欄については、記入する必要はありません。

審査結果		承認	不承認
承認	還付対象となる事由 (次のいずれかに○印)		
	①	住家が全半壊 (全半焼) した。	
	②	被保険者が重篤な傷病を負っている。	
	③	被保険者が行方不明となっている。	
	④	原子力災害対策特別措置法 (平成11年法律第156号) 第15条第3項の規定による、避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域である。	
	⑤	原子力災害対策特別措置法第20条第2項の規定による、計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部の指示の対象となっている。	
	⑥	長期避難世帯となっている。	
不承認	不承認理由	① 免除証明書交付対象でないため。	
		② その他 ( )	

※ 一般財団法人船員保険会記入欄

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
備考				

船員保険会受付日付印