

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・特定健康診査（被扶養者））

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（コピー可）し

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	
被扶養者氏名		フリガナ					Ⓜ										男・女	被保険者氏名		フリガナ											
被扶養者現住所		フリガナ (〒 -)																									電話 ()				
被災時点の住所		フリガナ																													
受診機関名		フリガナ										健診 受診日	令和																		
受診機関所在地		フリガナ																													

次の中で、昨年度の検査結果から医師の判断により受診した検査があれば左部に○をつけてください。

	眼底検査		貧血検査		心電図検査		血清クレアチニン検査
--	------	--	------	--	-------	--	------------

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					
	被扶養者(受診者) 住所		フリガナ																							氏名		Ⓜ			
	代理人の印	フリガナ																								委任者と代理人との関係					
代理人の住所	(〒 -)																								電話 ()						

※ 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、船員保険会までご相談ください。
 ※ 医師の判断に基づいて詳細な健診を受けたか分からない場合は、受診した健診機関にお問い合わせください。
 ※ 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 SEMPOSEビル)

こちらの面は記入する必要はありません。

※ 全国健康保険協会船員保険部確認欄

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長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	⑦ 上記①から⑥までに準ずる状態にある。		
		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