

東日本大震災の被災に伴う自己負担相当額還付申請書(特定健康診査)

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 | | | | 被保険者証の記号・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 () | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診機関名 | | | | | | | | | | | | 健診受診日 | 2. 令和 | | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 受診機関所在地 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

次の中で、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 (eGFRによる腎機能の評価含む) |
|--|------|--|------|--|-------|--|---------------------------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-------------------------------|--|--|------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|-------|------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | |
| | 被扶養者住所氏名 (受診者) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受取代理人情報 | フリガナ | | | | | | | | | | 委任者と代理人との関係 | | | | | | | | |
| | 代理人の名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (〒 —) | | | | | | | | | | 電話 () | | | | | | | | | |
| | 代理人の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- ※ 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。
- ※ 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。

※ 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