

健康保険一部負担金等還付申請書

全国健康保険協会 _____ 支部

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日提出

(注) 仕事中や通勤途上でのケガや病気については、原則として健康保険を使用することはできません。保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となる給付の範囲については裏面をご覧ください。

協会
使用
欄

被保険者証	記号	番号	事業所名称	所在地
被保険者(申請者)氏名		フリガナ	被保険者の生年月日	昭・平 . . .
被保険者(申請者)の住所(居所)		(〒 -)	電話	()
療養を受けた方	療養を受けた保険医療機関等		療養を受けた期間	一部負担金額
	名称		平成 年 月 日 から	円
生年月日 : 昭・平 . . .	所在地		平成 年 月 日	() 領収証紛失
	名称		平成 年 月 日 から	円
生年月日 : 昭・平 . . .	所在地		平成 年 月 日	() 領収証紛失
	名称		平成 年 月 日 から	円
生年月日 : 昭・平 . . .	所在地		平成 年 月 日	() 領収証紛失
	名称		平成 年 月 日 から	円
生年月日 : 昭・平 . . .	所在地		平成 年 月 日	() 領収証紛失

※ 給付の種類
1一部負担金
2療養費(柔整)
3療養費(一般)

還付申請をする理由(該当する番号に○を付けて下さい)

- 1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため
- 2 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため
- 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため
- 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため
- 5 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため

()

振込希望口座	金融機関									
	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 本所・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	(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。 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日										
	被保険者(申請者)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					()			

書類受理支部受付印	管轄支部受付印

決裁	支部長	部長	グループ長	リーダー	係

1. この健康保険一部負担金等還付申請書を提出いただく対象者は次のとおりです。

- ① 平成23年3月11日に特定地域に住所を有していた方(同日以降、他の市町村に転出した方も含む)で被災により次のいずれかに該当する方です。
 - ・ 住家が全半壊(全半焼)したため
 - ・ 被保険者が重篤な傷病を負ったため
 - ・ 被保険者の行方が不明であるため
- ② 福島原発の警戒区域、計画的避難区域、旧緊急時避難準備区域又は特定避難勧奨地点に指定されたため
- ③ 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯となったため
- ④ その他上記①～③に準じた事情があるため

2. 還付申請する際、下記の書類を添付してください。

① 保険医療機関等が発行した領収書(原本)

② 免除証明書の写し

※ 免除証明書の交付を受けられていない方は、「健康保険一部負担金等免除申請書」と併せて次の i ～ v のいずれかを添付してください。

i 住家が全半壊若しくは全半焼した場合

罹災証明書・被災証明書の写し(罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住宅入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊又は全半焼を前提条件とする契約に関する書類の写し)

ii 被保険者が重篤な傷病を負った場合

罹災により一か月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書等の写し

iii 被保険者の行方が不明である場合

警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるものの写し

iv 福島原発の警戒区域、計画的避難区域、旧緊急時避難準備区域又は特定避難勧奨地点(ホットスポット)に指定された場合

避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるものの写し

v 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯である場合

市町村が発行した「長期避難世帯に該当する旨の証明書」の写し

※ 主たる生計維持者が亡くなられた方、もしくは、重篤な傷病を負った状態の方、または行方不明である方については、全国健康保険協会福島支部へお問い合わせください。

3. 還付対象となる給付の範囲は次のとおりです。

平成24年2月29日受診分まで

医療機関・歯科医院・調剤薬局等を受診した際の窓口負担額 (一部負担金)
 入院時の食費・居住費(入院時食事療養費及び入院時生活療養費の標準負担額)
 次に該当する場合の一部負担金相当額(療養費)

- ・ 健康保険証を医療機関等の窓口で提示できなかった
- ・ 柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術を受けた
- ・ 治療用装具を作成した

平成24年3月1日以降の受診

医療機関・歯科医院・調剤薬局等を受診した際の窓口負担額 (一部負担金)

※ 下記は平成24年2月29日で免除期間が終了し、還付対象とはなりませんのでご了承願います。
 入院時の食費・居住費(入院時食事療養費及び入院時生活療養費の標準負担額)
 次に該当する場合の一部負担金相当額(療養費)

- ・ 健康保険証を医療機関等の窓口で提示できなかった
- ・ 柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術を受けた
- ・ 治療用装具を作成した

