

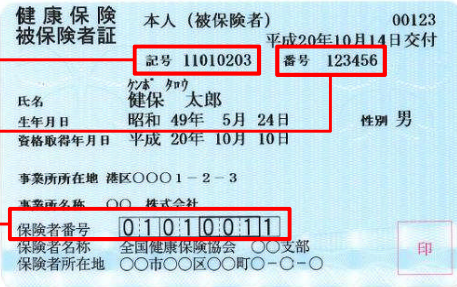
自己負担額還付申請書【生活習慣病予防健診】 記入例

※保険証をお手元にご用意のうえ、ご記入ください。

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)

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。



保険者番号		被保険者証の記号・番号									
0 1 0 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 2 0 3		1 2 3 4 5 6									
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ									
	氏名	健保 太郎									
事業所	名称	〇〇 株式									
	所在地	港区〇〇〇									
被保険者現住所	フリガナ	〇〇シ 〇〇マチ 〇-〇-〇									
	(〒)	〇〇〇 - 〇〇〇〇									
〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇		電話		〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇							
受診機関名	〇〇病院			受診日	平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇
受診機関所在地	フリガナ	〇〇シ 〇〇マチ 〇-〇-〇									
〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇											

※領収書のあて名が事業主(事業所)名の場合、以下の事業主証明欄に記入・捺印いただければ、領収書添付の必要はありません。

事業主証明欄	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	宛名が被保険者(受診者)名の領収書を添付された場合、 事業主証明欄の記入は不要です。

※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	領収書の添付、もしくは上記の事業主証明を受けた場合、 健診機関証明欄の記入は不要です。

※自己負担相当額とは、健診機関と協会けんぽが契約している契約金額から、協会けんぽが負担することとされている額を差し引いた金額を指します。

※領収書の添付や、事業主、健診機関の証明のいずれも困難な場合は、協会けんぽの支部までご相談ください。

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。

※この申請書に、領収書及び協会けんぽが発行する免除証明書を添付(コピー可)して申請してください。

振込希望口座	金融機関コード		〇〇		銀行 金庫 信組		〇〇		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	〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義人	マール(カ) ダイオトリシマヤク ケンコウチカラ	
									〇〇 株式会社 代表取締役 健康 力	

※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	受診者		住所		〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇		平成		
	氏名		健保 太郎		同		受診者以外の口座を希望する場合、記入押印が必要です。		
	代理人の印	マール(カ) ダイオトリシマヤク ケンコウチカラ		委任者と代理人との関係		事業主		〇〇 株式会社 代表取締役 健康 力	
代理人情報	住所	港区〇〇〇1-2-3		電話					

※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	協会けんぽ使用欄のため、記入は不要です。					
	(通知) 振込						
不承認	不承認理由	□ その他 ()					
備考							

支部受付日付印