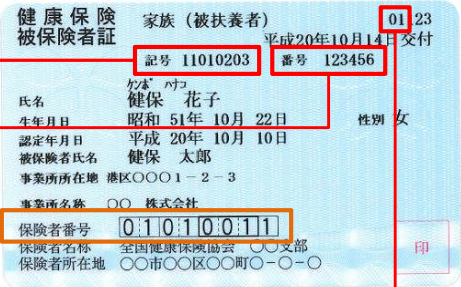


自己負担額還付申請書【特定健康診査】記入例

※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(特)



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										被扶養者番号
0101001111010203-		12345601										0123
被扶養者氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子										被扶養者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎
被扶養者現住所	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日
受診機関所在地	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇											

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。

<input type="checkbox"/>	眼底検査	<input type="checkbox"/>	貧血検査	<input type="checkbox"/>	心電図検査
--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	-------

振込希望口座	金融機関コード	〇〇		銀行	〇〇	店	本店
				金庫		支店	出張所
				信連・信漁連			本所・支所
				農協・漁協			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	ケンポ ハナコ 健保 花子	

※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	被扶養者(受診者)住所	平成 年 月 日
	代理人の氏名と住所	
<p>「口座名義人」が被扶養者(受診者)の場合は、 「受取代理人の欄」の記入は不要です。</p> <p>「口座名義人」が被扶養者(受診者)以外(代理人)の場合はご記入願います。 被扶養者・受取代理人双方の押印が必要となりますので、ご注意願います。</p>		

※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。

※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、協会けんぽの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。

健康保険一部負担金等免除となった事由について、次の①, ②のいずれかに○をしてください。

	① 原発の事故に伴い、警戒区域、計画的避難区域、旧緊急時避難準備区域に関する指示の対象となっている、又は、特定避難勧奨地点（ホットスポット）に居住している。
	② ①以外

※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。		
	決 (通知書)			
	振込			
不承認	不承認理由	<input type="checkbox"/> その他 ()		
備考				

支部受付日付印