

東日本大震災の被災に伴う自己負担相当額還付申請書(特定保健指導)

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。

平成 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 (〒 —)																		
保健指導機関名		健診受診日		平成		年	月	日	初回面談日		平成		年	月	日					
保健指導機関所在地		フリガナ																		

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					

※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															
	被扶養者住所 (受診者)氏名														氏名	⑩
	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	()	

※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。

※この還付は、初回面談日が還付の対象期間内(平成23年3月11日~平成25年3月31日まで)であることその他、還付の対象期間内に特定健診若しくは、事業者健診を受診した結果に基づいたものであれば、平成25年3月31日以降に受けた特定保健指導についても対象になります。

※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)	平成	年	月 日
	振込年月日	平成	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