

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	1. 平成		年	月	日		
												2. 令和						
受診機関所在地	フリガナ																	

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。

	眼底検査		貧血検査		心電図検査
--	------	--	------	--	-------

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		口座番号					口座名義人	フリガナ			
	2: 当座		3: 別段											

※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(受診者)		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 ()								

- ※ 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。

**裏面にも記入欄がございます。
忘れずにご記入ください。**

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、旧緊急時非難準備区域に関する指示の対象となっている、又は、特定非難勤奨地点(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	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