

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。

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 ()							
保健指導機関名				健診受診日	1. 平成			年		月		日	初回面談日	1. 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							

※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																
	受取代理人の氏名	フリガナ						委任者と代理人との関係											
受取代理人の住所	(〒 -)														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。
- ※ この還付申請は、初回面談の翌日から起算して2年以内に限り申請することができます。

※ 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)	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