

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

令和 年 月 日 提出

標記について、以下のとおり申請します。

※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。

保険者番号				被保険者証の記号・番号										生年月日				
				—										1. 昭和 2. 平成				
被保険者氏名	フリガナ			1. 男 2. 女	事業所	名称												
	⑩					所在地												
被保険者現住所	フリガナ			(〒 -)										電話 ()				
受診機関名												健診受診日	1. 平成 2. 令和					
受診機関所在地		フリガナ																

※ 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、上記被保険者の自己負担相当額は _____ 円となります。										
事業主所在地	〒										
事業所名称											
事業主氏名											
事業主電話											

※ 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、上記被保険者の自己負担相当額は _____ 円となります。										
健診機関所在地	〒										
健診機関名称											
健診機関電話											

※ 自己負担相当額とは、健診機関と全国健康保険協会が契約している契約金額から、全国健康保険協会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、全国健康保険協会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。

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 2:当座 3:別段	4:通知	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	
	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				(千 -)				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				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