

# 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				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 (〒 — )														
受診機関名										健診受診日	2. 令和		年	月	日	
受診機関所在地		フリガナ														
										電話	( )					

次の中で、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	<input type="checkbox"/>	血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価含む)
--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------------------------

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											
	受取人情報	代理人の名	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。

