

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

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。

眼底検査	貧血検査	心電図検査	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 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
	被扶養者(受診者)住所氏名		フリガナ												㊟
	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。

※ 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