

健康保険一部負担金等還付申請書

該当に	<input type="checkbox"/> 東日本大震災
-----	---------------------------------

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

被保険者の情報	会社名		事業所名		部署名		
	記号・番号	-	電話番号	(日中の連絡先)			
	被保険者氏名				生年月日	年 月 日	
療養を受けた方の情報	療養を受けた方の氏名と生年月日		療養を受けた保険医療機関等		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付有無 有・無
	昭・平・令	年 月 日	名 称	所在地	令和 年 月 日 から	年 月 日	
	療養を受けた方の氏名と生年月日		療養を受けた保険医療機関等		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付有無 有・無
	昭・平・令	年 月 日	名 称	所在地	令和 年 月 日 から	年 月 日	
	療養を受けた方の氏名と生年月日		療養を受けた保険医療機関等		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付有無 有・無
	昭・平・令	年 月 日	名 称	所在地	令和 年 月 日 から	年 月 日	
	療養を受けた方の氏名と生年月日		療養を受けた保険医療機関等		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付有無 有・無
	昭・平・令	年 月 日	名 称	所在地	令和 年 月 日 から	年 月 日	

※入院時の差額ベッド代、食費・居住費などは還付の対象とはなりません。また柔道整復、あんま・マッサージ、鍼灸についても同様です。

還付申請理由	災害救助法の適用地域	都道府県		市区町村				
	還付を申請する該当理由に□付けてください							
<input type="checkbox"/> 一部負担金等の免除等が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため <input type="checkbox"/> 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由により、保健医療機関の窓口に免除証明書を提出ができなかつたため (理由:)								
添付書類	(1) 保険医療機関等が発行した領収書 または 一部負担金の額が確認できる書類の原本 (2) 一部負担金免除対象者であることを確認できる書類 ※ 次の①~④のいずれかの書類を添付してください。 ① 住家が全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準じた被災をした場合 → 罹災証明書の写し ② 被保険者が死亡または重篤な傷病を負った場合 → 死亡診断書等写し・罹災により1か月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書の写し ③ 被保険者の行方が不明である場合 → 警察等に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し ④ 被保険者が業務を停止または休止した被保険者が業務を停止または休止した → 税務署に提出される廃業届の写し 等 ⑤ 被保険者が失職し現在収入がない → 失職したことがわかる書類の写し ⑥ 東日本大震災の帰還困難区域および上位所得者を除く旧避難指示区域(震災後に転居した場合含む)の被保険者等 → 避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるものの写し							
	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します							
	支払方法	退職後に請求する場合のみ記入(任意継続者:記号9990は記入不要)						
		金融機関コード	銀 行	店舗コード	支 店	種目	口座番号	フリガナ
			信用金庫 信用組合		本店 出張所	普通預金		口座名義人
	ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください							
	健保組合	支給期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	(日間)	
		支給日	令和 年 月 日	支給額	円			