

健康保険 災害救助法適用による一部負担金等還付申請書

(この申請は「1人・1ヵ月ごと」に作成し提出してください)

請求者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名					
	事業所名称				所属部署				
	電話番号	9時～17時で連絡のとれる番号 携帯・会社・自宅 ()							
	診療を受けた 方の氏名	昭・平・令	年	月	日生	領収書 添付	有 ・ 無	窓口 負担	円
	保険医療 機関名				受診 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	診療を受けた 方の氏名	昭・平・令	年	月	日生	領収書 添付	有 ・ 無	窓口 負担	円
	保険医療 機関名				受診 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	診療を受けた 方の氏名	昭・平・令	年	月	日生	領収書 添付	有 ・ 無	窓口 負担	円
	保険医療 機関名				受診 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	※入院時の差額ベッド代、食費、柔道整復、あんま、マッサージ、鍼灸は対象となりません。								
還付申請をする理由について、以下の該当する番号に○を付けてください。									
1. 災害救助法適用に係る被災が原因で療養を受けた際、一部負担金をすでに支払ったため 2. 一部負担金の免除などが受けられることを知らなかったため 3. 一部負担金免除証明書の交付が遅れたため 4. 一部負担金の免除申請をすることができなかったため 理由:									
上記の通り申請致します。 干 勝又健康保険組合 殿 住所 令和 年 月 日 電話番号 () 被保険者氏名									

必要な添付書類

(1) 保険医療機関等が発行した領収書(原本)

(2) 免除証明書の写し※

※免除証明書の交付を受けられていない方は一部負担金免除申請書と併せて

次の①～③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、床上浸水した場合

➡ 罹災証明書の写し

② 被保険者が重篤な傷病を負った場合

➡ 罹災により1ヵ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

➡ 警察など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

--	--	--	--	--

支払年月日	年 月 日
支給額	円

受付 日付 印	
---------------	--

健康保険 災害救助法適用による一部負担金等還付申請書(別紙)

※この様式は、還付申請書の申請の際「診療を受けた方の情報」の記入欄が足りない場合にご使用いただくものです。

請求者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	号 記	番 号	被保険者氏名			
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	診療を受けた方の 氏名	昭・平・令 年 月 日生		領収書添付	有 ・ 無	窓口負担	円
	保険医療 機関名			受診期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		