

| | | |
|-------|--------------------------------|---|
| 支給決定額 | | 円 |
| 資格関係 | S・H・R 年 月 日取得 S・H・R 年 月 日喪失 | |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | |

| | | | |
|---------|----------|--|-----|
| 受付 | 令和 年 月 日 | | |
| 決定 | 令和 年 月 日 | | |
| 支給支払決議書 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | 記入例 |

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|----|------|-------------------|--------------------------------------|------|----------|
| 請求者が記入するところ | 被保険者記号番号 | 記号 | 000 | 番号 | 0000 | 被保険者氏名 | 健保 扶子 | | |
| | 事業所名称 | (株)ダスキン〇〇 | | | | 所属部署 | 〇〇支店 | | |
| | 電話番号 | 9時～17時で連絡のとれる番号 携帯 会社・自宅 | | | | 090 (0000) 0000 | | | |
| | 診療を受けた方の氏名 | 健保 扶子 S・H・R 61 年 10 月 20 日生 | | | | 領収書添付 | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 窓口負担 | 3,150 円 |
| | 保健医療機関名 | 〇〇総合病院 | | | | 受診期間 | 2019年 7月 20日 から 2019年 7月 22日 まで | | |
| | 診療を受けた方の氏名 | 健保 継子 S・H・R 22 年 5 月 4 日生 | | | | 領収書添付 | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 窓口負担 | 14,250 円 |
| | 保健医療機関名 | 〇〇総合病院 | | | | 受診期間 | 2019年 7月 20日 から 2019年 8月 10日 まで | | |
| | 診療を受けた方の氏名 | S・H・R 年 月 日生 | | | | 領収書添付 | <input type="radio"/> 有・無 | 窓口負担 | 円 |
| | 保健医療機関名 | | | | | 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 <input checked="" type="radio"/> 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: 罹災証明が遅れたため | | | | | | | | | |
| 上記の通り申請致します。 円 000-0000 ダスキン健康保険組合 殿 住所 〇〇県〇〇〇市〇〇-〇〇 令和 元 年 8 月 26 日 電話番号 090 (0000) 0000 被保険者氏名 健保 扶子 | | | | | | | | | |

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

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)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