

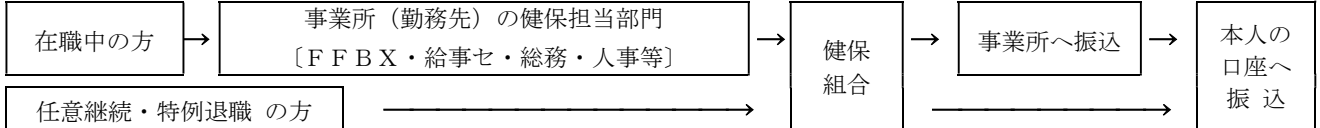
事業所担当者 確認印

↑ 任継・特退の  
加入者は押印不要

診療年月	金額
年 月	円
備考	

支給決定伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	GL	担当者

＜申請から給付の流れ＞



自然災害による健康保険組合等還付申請書

健康保険被保険者証に記載されている  
「記号」と「番号」をご記入ください

選択肢のある項目は  
該当を○で囲んでください (第 1 回目)

記号	番号	受診者氏名		
76	54321	健保太郎		
生年月日		性別	続柄	
昭和 平成 令和 16年 5月 4日		男 女	長男	
受診者の住所	神奈川県北足柄市元町1-2-3			
被災した内容	災害発生日	令和 1年 5月 10日		
	災害の名称	神奈川県 大雨		
	被災区分	家屋の 全壊		
療養を受けた期間	令和 1年 5月 12日～ 31日 (通院日数 3日)			
療養を受けた 保険医療機関等	名称	北足柄内科小児科医院		
	所在地	神奈川県北足柄市元町1-20-5		
保険医療機関等に支払った 一部負担金等の額		5,910 円		
<p>上記のとおり申請いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 1年 6月 5日</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所 神奈川県北足柄市元町1-2-3 氏名 健保康夫</p>				

「災害救助法」の適用となった災害  
に限りです。

免除期間等の詳細は、健保ホームページ  
「自然災害で被災したとき」をご確認  
ください。

- (添付書類) ①領収書原本 (コピー不可、宛名・保険診療分負担金が明記されているもの)  
②初回のみ罹災証明書 (市区町村発行。全壊・半壊等の証明)

- (留意事項) ①受診者別に、診療月毎・医療機関毎・入院/外来毎に、この請求書1枚が必要です  
〔例1: 同月内に、内科と調剤薬局 及び 歯科 で診察を受けた場合は3枚の請求書〕  
〔例2: 同月内に、同じ医療機関に複数回通院した場合は、合計した1枚の請求書〕  
②この減免措置は、厚生労働省からの通知に基づき健保が認めた災害に限りです。  
(災害の名称・免除期間等は、健保ホームページでご確認ください)