

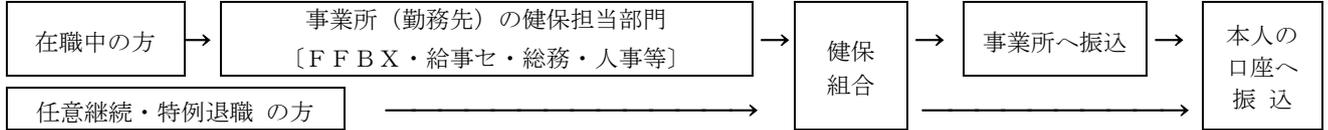
事業所担当者 確認印

↑ 任継・特退の  
加入者は押印不要

診療年月	金額
年 月	円
備考	

GL	担当者	担当者

＜申請から給付の流れ＞



## 自然災害による 健康保険一部負担金等還付申請書

記号	番号	受診者氏名	
生年月日		性別	続柄
昭和・平成・令和	年 月 日	男 ・ 女	
受診者の住所			
被災した内容	災害発生日	平成・令和 年 月 日	
	災害の名称		
	被災区分	家屋の 全 壊 ・ 半 壊	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ～ 日 (通院日数 日)		
療養を受けた 保険医療機関等	名 称		
	所在地		
保険医療機関 等に支払った 一部負担金等の額		円	
<p>上記の通り申請いたします。          また、在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。          申請した内容に不明な点があった場合、富士フィルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、          内容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 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 氏 名</p>			

- (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  
 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ます。  
 (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)