

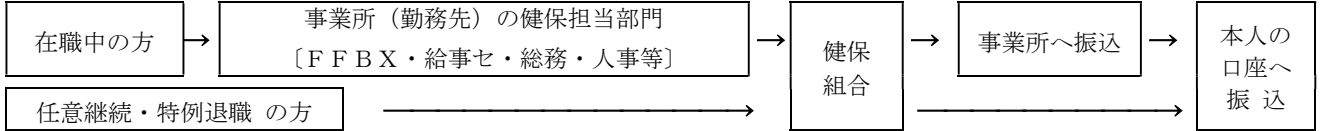
事業所担当者 確認印

↑ 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 健康保険一部負担金等還付申請書

(第 回 目)

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 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">富士フイルムグループ健康保険組合 常務理事 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〕
 〔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)