

常務理事	事務局長	課長	担当者

年 月 日

自然災害による健康保険一部負担金等還付申請書 (東北地方太平洋沖地震・長野県北部地震 被災者用)

記号	番号	受診者氏名	生年月日
			昭和 平成 年 月 日 令和
被災当日の受診者住所		性別	続柄
		男・女	
療養を受けた 保険医療機関等	名称		
	所在地		
療養を受けた期間	自： 年 月 日 ～ 至： 年 月 日		
被災状況	1. 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした 2. 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った 3. 主たる生計維持者の行方が不明である 4. 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した 5. 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない 6. 原子力災害対策特別措置法に基づき、内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難又は退避を行っている		
保険医療機関等に支払った 一部負担金等の額		円	
上記のとおり申請いたします。		令和 年 月 日	
富士通健康保険組合 常務理事殿		被保険者住所 氏名	

添付書類：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）

- (注) 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：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請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。
③今回の還付金は健康保険対象の診療に限定されますので、病院等からの請求と照合した上で、約2～3ヶ月後にお支払いいたします。
④後日、被災状況について確認させていただくことがあります。

【健保記入欄】

診療年月	年 月	金額	円
------	-----	----	---

【事業所記入欄】

担当者名		備考欄	
------	--	-----	--