|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**

**（令和６年能登半島地震　被災者用）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記 号 | 番 号 | | 受 診 者 氏 名 | | 生 年 月 日 | |
|  |  | |  | | 昭和  平成  令和 年 月 日 | |
| 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、床上浸水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、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 | | | | |
| 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**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、3～4ヵ月後に支給いたします。**

※**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。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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【健保記入欄】 | |  |  |  | 【事業所記入欄】 | | | |
| 診療  年月 | 年　　月 | 金額 | 円 |  | 担当者名 |  | 備考欄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 富士通健保　送付先 | 🔍**検索** |

書類送付先：送付先は下記をご確認ください。

<https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html>

富士通健康保険組合HP　>　ホーム　>　書類の提出先（ページ最下段右）