

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 8 年熊本地震 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。 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 ヶ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】

診療 年月	年 月	金額	円
----------	-----	----	---

【事業所記入欄】

担当者名		備考欄	
------	--	-----	--

書類送付先：送付先は下記をご確認ください。

富士通健保 送付先

 検索

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）