

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 (令和元年台風19号被災者用)

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】

診療年月	年 月	金額	円
------	-----	----	---

【事業所記入欄】

担当者名		備考欄	
------	--	-----	--