健康保険 一部負担金等還付申請書

※必要事項を全てご記入下さい。訂正箇所については、被保険者が二重線で抹消し、被保険者氏名(フルネーム)をご記入下さい。ご不明な点等ございましたら、当組合へご連絡下さい。振込先は、「負傷原因届」の振込先を振込金融機関の欄へご記入下さい。振込金融機関の欄へご記入下さい。(ご不明な点等ございましたら、当組合へご連絡下さい。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号 227 350		被保険者(申請者)の氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭和 48 年 4 月 5 日 令和 (△ 歳)
	被保険者(申請者)の住所 〒 332 - 0035 埼玉県川口市西青木〇-〇-〇 TEL 048-258-△△△△		事業所の名称 ㈱タケイディスプレイ		住所 豊島区南池袋◇-◇-◇
	申請者が氏名 被扶養者合 健保 保子	生年月日 昭和 平成 14 年 1 月 5 日 令和 (△ 歳)	被保険者の続柄 長女		
	傷病名 インフルエンザ	発病または負傷の年月日 令和 4 年 1 月 15 日 時頃		※負傷の場合は場所 []	
	発病または負傷の原因及びその経過 どこで、何の為に、何をしている時、どのようにして負傷(発病)した、と詳細に記入して下さい。 学校で授業中、発熱・嘔吐の症状により、救急車で病院へ運ばれた。				
	診療を受けた医療機関の名称と所在地 名称 鳩ヶ谷総合病院 所在地 埼玉県川口市南鳩ヶ谷◇-◇				
	診療の内容 検査後、インフルエンザと診断され、点滴。薬を処方される。	入院・入院外の別 入院外	入院		
	診療に要した費用 13,500 円	診療期間 自 令和 6 年 1 月 15 日 至 令和 6 年 1 月 15 日	1 日間		
	還付を申請する理由及び添付書類 ④. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等への提出ができなかったため (救急であったため、免除証明書を持参出来なかった。)	・ 罹災証明書(写) (※免除証明書の申請時に添付している場合は不要)		※罹災証明書をすでに提出 している ・ していない	
	第三者行為による負傷ですか いいえ	はい	その事実の届出の有無	ある	ない

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
被保険者(申請者)	住所 _____ 氏名 _____
代理人(健保口)	住所 _____ 氏名 _____

振込金融機関	銀行コード 17 店番 357 埼玉りそな 川口支店 信用金庫 信用組合	預金種別 1. 普通 2. 当座
口座番号	No. 9 8 7 6 5 4 ◇	
フリガナ	ケンポ タロウ	
口座名義	健保 太郎	

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03 (3576) 3511

受付日付印