

担当	事務長	常務理事

健康保険 一部負担金等償還払い申請書

証明書は裏面にのり付け(ホッチキス留め不可)

証記号	証番号	被保険者氏名	性別	生年月日
			男・女	S H R 年 月 日
住所		会社略号(OCはロケ)	所属	連絡先(トールor外線)
〒				

療養を受けた者	氏名		続柄	性別	生年月日
				男・女	S H R 年 月 日
療養を受けた 保健医療機関等	名称				
	所在地				
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
保健医療機関等に対して支払った一部負担金等の額			円		
還付申請理由	・該当する番号に○をつけ、下部の該当証明書類を添付してください。				
	1). 住家が全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準ずる被災をした				
	2). 主たる生計維持者(被保険者)が死亡又は重篤な傷病を負った				
	3). 主たる生計維持者(被保険者)の行方が不明である				

上記のとおり申請します。
オムロン健康保険組合 御中

申請者氏名

印

*自署の場合は押印不要

<健保記入欄>

適用開始日		
R	年	月 日
適用終了日		
R	年	月 日

<留意事項>

- 被災当日に、災害救助法適用以外の地域に住所を有している方は申請できません。
 - 添付証明書類
 - 住宅が、全半壊、全半焼、床上浸水 またはこれに準ずる被災をした場合
 - 罹災証明書の写し。(困難な場合は、家屋の全半壊、全半焼、床上浸水が判る書類)
 - 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った場合
 - 死亡または重篤である旨が記載された罹災証明書又は、死亡診断書(写)、医師の診断書等(写)
 - 主たる生計維持者の行方が不明である場合
 - 主たる生計者が行方不明になった申立書(写)等
 - 領収書(原本)
- 注：・手続きの詳細については、当健保ホームページを確認してください。
 ・提出された書類は、領収書を含め返却できません。
 ・申請書の提出先は、OC・OHQ・OSSの方は、K OLI(人サ)CCS、その他の事業所は各事業所人総部門にお願いします。

以上

証明書を左端にのりづけ（ホッチキス留め不可）