令和　　年　　月　　日

武田薬品健康保険組合理事長　殿

事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 第三者行為保険事故による保険給付返還免除申請書

平成/令和　　年　　月　　日　発生（第三者行為による傷病届第　　号）の第三者行為による保険事故に関し、健康保険組合が行った保険給付について、返還の免除を申請いたします。

[免除申請理由]

１．　第三者からの損害賠償額が健康保険組合の行った保険給付額に達しない。

２．　その他

（　　）

| 受付<br>年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長・L | 担当者 | 保険給付額 | 円 |
| | | | | 返　済　額 | 円 |
| | | | | 返還免除額 | 円 |