

常務理事	部 長	課 長	係 長	主 任	係

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記 号		番 号	
被保険者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所	〒 -		
療養を受けた者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額			円	
還付を申請する理由（該当する番号に を付けてください）				
1．6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2．一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため 3．一部負担金等免除申請書の交付が遅れたため 4．一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5．その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため （ ）				

振込希望金融機関（被保険者本人名義の口座をご記入下さい。但し、被保険者本人死亡を除く。）

フリガナ	預金種目	普通・当座・その他（ ）
銀 行	口座番号	
フリガナ	フリガナ	
支 店	名 義	
委 任 状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	
	被保険者（請求者）の 氏 名 (印)	
	住 所 _____	
	代理人の 会社名 _____	
	氏 名 (印)	

【添付書類】

医療機関等が発行した領収書等（一部負担免除申請を行っていない場合は、罹災・被災証明の写し）

（注）保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

以上申請します。

平成 年 月 日

申 請 者（被保険者又は被扶養者）

住所（居所） _____

氏 名 _____ (印)