

健康保険 一部負担金等還付申請書 【令和 年 月分】

被保険者等	記号		番号		
被保険者	氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住所	〒			電話： （ ）
療養を受けた者	氏名		男 ・ 女	生年月日	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		令和 年 月 日 ～ 令和 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	組合記入欄	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）

- 1．一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため
- 2．一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため
- 3．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

以下の確認書類を必ず添付してください。

・ 医療機関等が発行した領収書（原本）等、支払った一部負担金等の金額が確認できる書類 ・ 罹災証明書の写し等、免除対象者であることを確認できる書類 (免除証明書が交付されている方、交付申請中の方は添付不要)				
振 込 先	銀行・信用金庫		銀行コード	
	本店・支店		支店コード	
	預金種別	普 通	口座番号	
	フリガナ			
	名義			

以上のとおり、申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

氏 名

電話番号 — —

住 所 〒

（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のみです。入院・入所時の食費・居住費の自己負担、整骨院・接骨院での施術、はり・きゅう、あんま・マッサージにおける自己負担は、対象ではありません。