

健康保険一部負担金等還付申請

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
療養を受けた 保険医療機関等 (複数の場合は、 別紙に記入願いま す。)	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
還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい）				
1 一部負担金等免除の実施を公表する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 一部負担金等免除証明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に免除証明書の提出ができなかったため ( )				
この申請書に添付する書類				
1 免除申請書（罹災証明書の写し又は免除証明書の写し） 2 保険医療機関が発行した領収書又は記載された一部負担金等の額を確認する書類				
(給与に入れる場合) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">委任状</span>				
本申請に、基づく一部負担金等に係わる還付金の受領を _____ に委任します。				
申請者 氏名 <span style="float: right;">印</span>				

(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。

令和 年 月 日

住所(居所)

申請者

氏名

印

※複数の医療機関を受診された場合はこちらにご記入願います。

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
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
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
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
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