

(別紙 2)

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号								
	氏名		生年月日								
	住所										
療養を受けた	氏名		生年月日								
療養を受けた 保険医療機関	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て支払った一部負担均等の額	円										
還付金の 振込先	銀行コード		店番号		フリガナ						
	フリガナ			名義人							
	銀行・信組 信金・農協	支店		口座番号							普通 貯蓄
還付を申請する理由(該当する番号に○を付けいてください)											
<ol style="list-style-type: none">1. 6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金を既に支払った為2. 一部負担均等の免除を受けられることを知らなかった為3. 一部負担均等免除証明書の交付が送れた為4. 一部負担均等の免除申請をすることができなかった為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免除証明書の提出ができなかった為											

(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

氏名

印

理事長 殿

(*) 健康保険一部負担金等免除申請書と医療機関からの領収書(日付;宛名を確認済)を添付してください