

## 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 . .
	住所	〒 ( ) Tel ( )		
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	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 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 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 4 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 ( )				

※ 還付申請のお申込みができるのは一部負担金等の免除を受けることができる方となります。

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住所（居所）

氏名

印

金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
				フリガナ	
	預金種別	普通・当座		名義人	

※ゆうちょ銀行以外でお願い致します。