

# 健康保険 一部負担金等還付申請書

被保険者証 の 記号と番号	記号 番号	被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日	
被保険者 (申請者)の 住所〔居所〕	(〒 - )		TEL ( )	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。
療養を受けた方	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	続柄
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			
保険医療機関に対し支払った一部負担金等の額 (領収書または一部負担金の額が確認できる書類の原本を添付してください。)			円	
還付を申請する理由(該当する番号に をつけてください) 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、保険医療機関の窓口に免除証明書の提出ができなかったため ( )				

注1 保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代は除かれます。

注2 還付申請をされる場合は、時効があります(一部負担金の支払いをした日の翌日から起算して2年間)ので、ご注意ください。

振込希望口座	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所	
	〔金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 〕	〔店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 〕
預金種別	1: 普通 2: 当座	フリガナ 口座名義
口座番号		

平成 年 月 日提出

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

還付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込みを希望される)場合に記入してください。

委任状	住所	
	被保険者 (申請者)	氏名 印と同一印
	私は下記の者に本申請に基づく還付金の受領に関する権限を委任します。	
	受領代理人情報	(〒 - ) TEL ( ) (日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。)
代理人の住所	フリガナ	
代理人の氏名		