

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			
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	平成 年 月 日 ~ 平成 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 (*領収証又は一部負担金の額が確認できる書類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 を付けて下さい)				
1 平成23年6月30日以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で免除証明書の提出ができなかったため (理由:)				

(注) 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。

(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。

振 込 希 望 口 座	金融機関名称			支店名			金融機関コード			店番号		
	預 金 種 別	1: 普通 2: 当座	口座番号	口座名義			フリガナ					

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(居所)

氏名

連絡先

()

印

関東 IT ソフトウェア健康保険組合 理事長殿