健康保険 一部負担金等還付申請書

① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	③ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
④ 被保険者（申請者）の住所[居所]	（〒　　－　　） TEL　　（　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑤ 療養を受けた方	氏名	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日　　続柄
⑥ 療養を受けた保険医療機関等	名称		
	所在地		
⑦ 療養を受けた期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		
⑧ 保険医療機関に対し支払った一部負担金等の額（※領収書の原本を添付してください。）	円		

⑨還付を申請する理由（該当する番号に〇をつけてください）

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。

⑩ 振込希望口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注）公金利用に☑があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。

銀行・信組 / 金庫・農協	支店 / 出張所	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入してください）
〔金融機関コード　　〕	〔店番号　　〕	□ 普通 □ 当座		

◎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を希望する）場合は、下記の委任状へ記入をしてください。

⑪ 委任状

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。
※□**にチェックを入れてください。**
□ 事業主の選定した保険給付金受領代理人　（⑯の記入は不要です。）
□ その他の受取代理人

被保険者（申請者）　住所
氏名

受取代理人情報

代理人住所	（〒　　－　　）　TEL　　（　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
代理人氏名	フリガナ

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印
(健康保険組合使用欄)