

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				生年月日	昭・平	年 月 日
	住所						
療養を受けた者	氏名				生年月日	昭・平・令	年 月 日
	住所						
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		年 月 日			～	年 月 日	
保険医療機関等に支払った一部負担金等の額					円		
還付を申請する理由（該当の番号に○を付けてください）							
1 月 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免除証明書の提出が できなかったため（理由： ）							

振込口座（被保険者名義の口座を記入して下さい。）

金融機関名及び支店名		預金種別	口座番号				口座名義人
銀行 信用金庫 農協 信用組合		普通 当座				(フリガナ)
金融機関コード				
本店・（ ）支店				
支店コード				

添付書類

- 1 保険医療機関等が発行した領収書のコピーなど、支払った一部負担金の額が確認できる書類
- 2 一部負担金免除証明書（免除証明書の交付申請がお済でない方は、「免除申請書」）

以上、申請します。

令和 年 月 日

被保険者（申請者）

住 所（居所）

氏 名

電話番号