

健康保険一部負担金等還付申請書

【添付書類】 医療機関等が発行した領収証（原本）

提出日 年 月 日

健康保険 記号 - 番号	—	被保険者氏名 (自署)	フリガナ		
被保険者住所 (居所)					
受診者氏名	S.H.R 年 月 日生			続柄	
災害原因					

■還付を申請する理由 ※該当する番号に○をつけてください。

- 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため
- 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
- 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
- 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
()

療養を受けた 医療機関名 所在地	療養を受けた期間	支払った 一部負担金額	領収書 枚数
医療機関名 所在地	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	枚
医療機関名 所在地	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	枚
医療機関名 所在地	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	枚
医療機関名 所在地	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	枚

■この申請書に添付する領収証（原本）枚数

枚

振込希望の 金融機関	銀行		銀行コード	支店	支店コード
	信用金庫				
	普通預金			口座名義	被保険者名義

本申請書に関する書類を事業主経由で提出することについて、同意しない方のみ

- 注1) 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、保険診療分の自己負担金です。
- 注2) 当組合へご提出いただいた「領収証」(原本)は、ご返却できませんので、あしからずご了承願います。必要がある場合には、事前にコピー等をお取りいただきますようお願いいたします。
- 注3) 受診された医療機関等からの「診療報酬明細書」を確認して還付を決定します。当組合に「診療報酬明細書」が届くのが受診月から最短2か月後となるため、還付までに一定期間を要することをご了承ください。

(健保組合使用欄)

伺い日	年 月 日	常務理事	事務長	役職者	担当者
支払日	年 月 日				
還付額	円				

証明書交付日 年 月 日 証明書No.

【提出先】

GIB・PGF：大槻事務所
 CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス
 ・PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当
 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードよりご確認ください
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送してください。

