

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

■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	保険医療機関名 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		年 月 日 ~	円	枚
所在地		年 月 日 ___日間		
医療機関名		年 月 日 ~	円	枚
所在地		年 月 日 ___日間		
医療機関名		年 月 日 ~	円	枚
所在地		年 月 日 ___日間		
医療機関名		年 月 日 ~	円	枚
所在地		年 月 日 ___日間		
■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

- 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(局)長	役職者	担当
支払日	年 月 日				
還付額	円				

証明書交付日	年 月 日	証明書No.
--------	-------	--------