

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 ① 2024年 4月 1日

健康保険 記号-番号	② 1-000000	被保険者氏名 (自署)	フリガナ ケンポ タロウ ③ 健保 太郎
被保険者住所 (居所)	④ 170-XXXX 東京都豊島区東池袋 X-X-X		
受診者氏名	⑤ 健保 花子	S.H.® 1年 3月 1日生	続柄 長女
災害原因	⑥ ○月○日に起きた○○県沖の地震		

■還付を申請する理由 ※該当する番号に○をつけてください。

⑦

- ① 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため
- 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	⑩ 支払った 一部負担金額	領収書 枚数
⑧ XXX 病院 東京都豊島区 X-X-X	⑨ 2024年 2月 1日 ~ 2024年 2月 5日 2日間	1,234 円	1 枚
医療機関名	年 月 日 ~	円	枚
所在地	年 月 日 日間	円	枚
医療機関名	年 月 日 ~	円	枚
所在地	年 月 日 日間	円	枚
医療機関名	年 月 日 ~	円	枚
所在地	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	⑪ XXX	銀行 信用金庫	銀行コード 012	XXX	支店	支店コード 012			
	普通預金	1	2	3	4	5	6	7	口座名義

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、あしからずご了承ください。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.

【次のような場合にこの申請書をご使用ください】

災害救助法の適用地域にお住まいで被災された方を対象に、「一部負担金等免除証明書」が交付されるまでの間に、保険医療機関等にて一部負担金等を支払った場合に申請します

◆添付書類

医療機関等の発行した「診療明細書」(原本)、「領収書」(原本)

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①申請日

申請日(書類記入日)をご記入ください

②健康保険記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載のある記号・番号をご記入ください

③被保険者氏名

被保険者の氏名を自署でご記入ください

④被保険者住所

被保険者住所をご記入ください

⑤受診者

申請対象の受診者「氏名」「生年月日」「続柄」についてご記入ください

⑥災害原因

いつ・どこでの被災か、災害の原因をご記入ください

⑦還付を申請する理由

還付を申請する理由について該当するものに○をご記入ください

⑧診療を受けた医療機関

診療を受けた医療機関名、所在地をご記入ください

⑨診療の期間

診療の期間及び日数をご記入ください

⑩支払金額

申請対象の療養に要した費用の額及び枚数を領収書をもとにご記入ください

⑪振込希望金融機関

被保険者名義の振込希望金融機関をご記入ください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※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下さい。

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当