

常務理事	事務長	係員
支給決定 年 月 日		

健康保険一部負担金等還付申請書

(※この申請をするにあたり、先に「健康保険一部負担金等免除申請書」の手続きを行って下さい)

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額		円		
還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けてください。)				
1 6月30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で免除証明書の提出ができなかったため ()				
上記請求に基づく給付金の受領を 事業主 に委任します。				
平成 年 月 日				
住 所 (居所)				
被保険者				
氏 名 (印)				

添付書類： 保険医療機関等が発行した領収証（原本）等、支払った金額が確認できる書類

注 意： 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一部負担金、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

還付申請書は、受診者ごと、医療機関ごと、診療月ごとに、1通必要です。一人の方が同じ月に同じ医療機関で受診した場合のみ、1通にまとめて請求してください。(但し、入院、通院、調剤は分けて請求してください)

診療内容確認のため、還付は診療の月から約3ヶ月後となります。