

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	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・令 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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（該当する番号に○を付けてください）	1 令和元年10月12日以降に療養を受けた際、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免除証明書の提出ができなかったため ()				
振込口座	銀行 ()	口座の種類	店番号	口座番号	フリガナ
	支店 ()	普通当座			口座名義

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者）

住所（居所）

〒

氏名

印

連絡先

【注意事項等】

※この申請書は療養を受けた方お一人につき1枚ずつ記入してください。

※提出する際にはこの申請書に、「健康保険一部負担金等免除証明書」写しと、保険医療機関等が発行した領収書等、支払った一部負担金等の金額が確認できる書類を添付してください。

※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のみです。

※申請者ご本人名義の口座以外に振込みを希望する場合は、下記の「委任状」欄にもご記入ください。

委任状	申請者	本申請に基づく還付金の受取りを下記代理人に委任します。										令和	年	月	日		
		住所	〒														
		氏名											㊞	(表面の申請者欄と同じ印を押してください)			
	受取り代理人	郵便番号						-									
		住所	〒														
		氏名											㊞	委任者と代理人との関係			
		電話番号	()										会社・自宅・携帯				