

健康保険 一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号				番号				事業所		
被 保 険 者	氏名	◎			生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男女
	住所及び連絡先	〒			TEL () -						
療養を受 けた者	氏名				生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男女
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		
被保険者 振込先口座	金融機関名					支店名				・本店 ・支店 ・出張所	
	口座番号	・普通 ・当座	NO.			フリガナ 名義					
還付を申請する理由（該当する番号を○で囲んでください。）											
1. 月 日以降に療養を受けた際、一部負担金を既に支払ったため 2. 一部負担金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（理由：)											

○添付書類《下記2点》

1. 保険医療機関が発行した領収書（**原本**）
2. 罹（り）災証明書（写し）

○注意事項

次に記載する一部負担金等は対象外です。

- ①入院時の食事療養標準負担額、生活療養標準負担額、差額ベッド代
- ②柔道整復師、あん魔マッサージ、はり灸師による施術等の療養費に係る一部負担金相当額

○その他

還付申請のあった一部負担金等は医療機関からの健保負担分の請求確認後にお手続きさせていただきますのでご了承下さい。