

## 健康保険一部負担金等還付申請書

※一部負担金を支払った日から数えて2年を経過すると、時効になり権利がなくなりますのでご注意ください。

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・令 年 月 日
療養を受けた	名称			
保険医療機関等	所在地			
療養を受けた期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 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○を付けて下さい)				
1. 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 2. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 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免除証明書の提出ができなかったため ( )				
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合		口座名義 口座名義には必ずフリガナをお願いします。	
	本・支店		フリガナ	
	預金科目	普通預金・当座預金 貯蓄預金		
	口座番号			
受取代理人の欄 <small>※被保険者以外の口座名義にて受領の場合ご記入ください。</small>		私は、 <span style="float: right;">㊟</span> を代理人と定め、一部負担金等還付金の受領を委任します。 被保険者氏名： <span style="float: right;">㊟</span>		

(注) 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。

以上、領収証及び一部負担金等免除申請書(または免除証明書(写))を添付して申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

〒

住所(居所)

氏名

㊟

連絡先電話番号

※振込口座に不備がある場合にご連絡いたしますので、日中必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください(携帯可)