

健康保険一部負担金等還付申請書【一般】

被 保 険 者 記 入 欄		
所属コード	所属	本店・本部 支社 会社
		課・G 営業部

健保組合	
取 扱	決 定

下記のとおり申請します。

申請日(記入日)	令和	年	月	日
----------	----	---	---	---

健保番号	記 号		番 号				被 保 険 者 氏 名
	被災時の 住 所	〒	-	都 道 府 県			
現 在 の 住 所	〒	-	都 道 府 県				
日中連絡先	TEL () -						

◆還付申請内容

※受診した月毎に申請書を作成のこと

申請対象受診月	令和	年	月	
受診者名	生年月日		医療機関名	一部負担金額 (窓口負担額)
	昭・平・令	年 月 日		円
	昭・平・令	年 月 日		円
	昭・平・令	年 月 日		円
	昭・平・令	年 月 日		円

◆還付を申請する理由

※該当する番号に○をつけてください。

1 災害救助法適用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申請中に療養を受けたため
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に免除証明書の提出ができなかったため ()

(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保険適用の自己負担額のみです。

◆領収書の添付

裏面に還付申請する領収証原本(医療点数のわかるもの)を必ず添付してください。

◆注意

一部負担金等免除証明書を交付された場合のみ還付申請をすることができます。