

## 健康保険一部負担金等還付申請書【一般】

被保険者記入欄		所属長印	健保組合	
所属コード	所属 本店・本部 支社 会社		課・G 営業部	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	(印)
	〒 -	都道府県		
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 令和2年7月4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。

### ◆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。

## 健康保険一部負担金等還付申請書【任継・特退】

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	(印)
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 令和2年7月4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で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。

### ◆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。