

常務理事	事務長	係長	担当者

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・令 . .	
	住所	(TEL — —)				
療養を受けた者	氏名	男・女		生年月日	昭・平・令 . .	
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. 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
※ 以下理由を記入してください
(理由:)

振込希望 銀行口座 ※被保険者 名義のもの	フリガナ()		フリガナ()				預金種別			
	銀行		支店				普通・当座・貯蓄			
	名義人 氏名	フリガナ()	銀行コード		口座 番号					
			支店コード							

※ 郵便局・農協への振込は行っていない

(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。

以上申請します。
令和 年 月 日 申請者(被保険者又は被扶養者)

住所
(居所)
氏名

大塚商会健康保険組合 理事長 殿 受付日付印

この申請書に添付する書類

1. 『健康保険一部負担金等免除証明書』の写し
※ 免除証明書の交付申請がお済でない方は手続きが必要です。

2. 保険医療機関等が発行した領収証又は記載された一部負担金等の額を確認できる書類