

健康保険一部負担金等還付申請書

提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号		番号		事業所名	
被保険者氏名	自署の場合は押印不要 印			生年月日	昭平	年 月 日
被保険者の住所	〒					電話番号

領収書を見ながらご記入いただき、領収書と一緒に必ず送付ください

療養を受けた方	療養を受けた保険医療機関等	療養を受けた機関	一部負担金額
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円

還付申請する理由（該当する番号に☑をつけてください）

- 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
- 一部負担金等免除申請書の提出が遅れたため
- やむを得ない事情があり、保健医療機関の窓口で免除証明書の提出ができなかったため
- その他（ ）

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	種別 当座 普通	口座番号			
	口座名義人 カナで記入ください						

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者名 (申請者)	住所 氏名 印
	受取人情報 代理人氏名と印	フリガナ 委任者と代理人との関係 印
	代理人氏名と住所	〒 電話番号

注意 仕事や通勤途中でのけがや病気については、原則として健康保険を使用できません。

受付印

次の場合の自己負担額の免除については、平成24年2月29日までで終了しています。

- ・柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧、はり、きゅうによる施術
- ・入院時の食費、居住費