

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