

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 年 月 日
	住 所				
療 養 を 受 け た 者	氏 名	男・女		生 年 月 日	昭・平 年 月 日
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		平成 年 月 日 ~ 平成 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 を付けてください）					
1 6月30日以前に療養を受けた際、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交付が遅れたため 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。

以上申請します。

平成 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住 所（居 所）

氏 名

印

計 機 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

健康保険一部負担金等還付金 受領の委任届

事業所記号 _____

P. _____

事業所名 _____

計機健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

東日本大震災による被災者に係る一部負担金等の還付金の取扱いにつきまして、
上記給付金の受領方を、事業主が選定する受領代理人へ委任します。

	保 険 証 号	被 保 険 者 名	印 鑑	保 険 証 号	被 保 険 者 名	印 鑑
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						