

健康保険一部負担金等還付請求書

被保険者 証の 記号番号	記号	被保険者（申請者）		㊟	
	番号	の氏名・生年月日		昭和・平成	年 月 日生
被保険者（申請者） の住所	〒 -		電話（ ）		
療養を受けた方	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	続柄
療養を受けた 保健医療機関	名称				
	所在地				
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
保健医療機関に対し支払った一部負担金の額 (※領収書または一部負担金の額が確認できる書類の原本を添付してください)				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 一部負担金等の免除が受けられることを知らなかったため 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 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 4 その他やむを得ない理由により、保健医療機関の窓口にて免除証明書の提出ができなかったため 理由（ ）					

- 注1 保健医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代は除かれます。
- 注2 還付の請求をされる場合には、時効（一部負担金のお支払いをいただいた日の翌日から起算して2年まで）がございますので、ご注意ください。

振込口座	銀行・信組		本店・支店	
	信金・農協		出張所	
	〔金融機関コード <input type="text"/> 〕		〔店番号 <input type="text"/> 〕	
預金種別	1 普通	口座番号	フリガナ	
	2 当座		口座名義	

◎還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振り込みを希望される）場合に記入してください。

委任状	被保険者（申請者）	住所	令和 年 月 日提出	
		氏名	受付 年 月 日	
	私は下記の者に本請求に基づく還付金の受領に関する権限を委任します。		（※健保組合使用欄）	
受領代理人	代理人の住所	〒 -		電話（ ）
	代理人の氏名	フリガナ		