

健康保険一部負担金還付（療養費）申請書

関東信用組合連合健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者等	記 号		番 号		事業所名称	
被保険者 (申請者)	氏 名				生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒 連絡先電話番号 ()				
療養を受けた者	氏 名		続柄		生年月日	昭・平・令 年 月 日
療養を受けた医療機関等	名 称					
	住 所					
療養を受けた期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					一部負担金額 円	

被災した日	令和 年 月 日	※災害内容	
-------	----------	-------	--

● 還付を申請する理由(該当する番号に○を付けてください)

- 一部負担金等の減額・免除等が受けられることを知らなかったため。
- 一部負担金等の減額・免除証明書の交付が遅れたため。
- 一部負担金等の減額・免除申請をすることができなかったため。
- その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口免除証明書を提出できなかったため。

(理由:)

※ 申請の際には、「領収書」と「り災(被災)証明書」(いずれもコピー可)を添付してください。

※ 災害内容は、「台風○号」や「○○地方豪雨」などご記入ください。

※ 食事療養標準負担額および生活療養標準負担額ならびに差額ベッド代は対象外です。

受 領 を 委 任 す る と き	この還付金の受領を次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者氏名	
	住 所	代 理 人 (口座名義人) 氏 名

還 付 金 受 領 口 座	金融機関名	
	銀行 支店	
	口座番号	普 通 No.
	フリガナ	
	口座名義人	

受 付 日 付 印