

# 健康保険一部負担金等還付申請書

## (令和元年台風19号)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右つめ)	記号	番号				
	事業所	会社名称	所属部署				
	氏名・印	(フリガナ)		確認欄	<input type="checkbox"/>	自署の場合は押印を省略することができます。 *ただし、以下の場合には省略不可 ① 支払いに関し事業主に委任する場合 ② 訂正があった場合 (←自署であるため、押印を省略する場合は☑)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号(日中の連絡先)	( )		
住所	(〒 - ) 都 道 府 県						
振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 本店 支店 漁協 その他( ) 出張所 本所 支所					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください)			
	口座番号						
委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日		
	代理人	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
		(〒 - )	住所	氏名・印	電話 ( )		
療養を受けた方の情報	療養を受けた方の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
	療養を受けた保険医療機関	名称	住所				
	療養を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	保険医療機関等に対して支払った一部負担金の額	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. 一部負担金等免除等証明書の交付が遅れたため 4. 一部負担金等の免除等の申請をすることが出来なかったため 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にて免除等証明書の提出が出来なかったため						
添付書類	領収書の原本						

【注意】①還付金は、医療機関等から届く診療報酬明細書を確認したのちにお支払します。診療報酬明細書が届くのが診療月の2ヶ月後以降になるため、お時間をいただきますことをあらかじめご容赦ください。

②医療機関毎(医科<入院・外来>歯科・調剤)に申請書を記入してください。

受付日付印	支払日付印
-------	-------