

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者等	記号		番号	
被保険者	氏名		生年月日	昭・平 . .
	住所	〒 Tel ()		
療養を受けた者	氏名		生年月日	昭・平・令 . .
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	令和 年 月 日 ~ 令和 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
<p>還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい）</p> <p>1 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</p> <p>2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため</p> <p>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</p> <p>4 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の提出ができなかったため （その理由： ）</p>				

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）
住所（居所）
氏名

金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
				フリガナ	
	預金種別	普通・当座		名義人	

出版健康保険組合 理事長 殿