



健康保険一部負担金等還付申請書

事業主担当者確認欄
 申請者(被保険者)が作成したものである

健康保険証 記号・番号・枝番		— —		退職者記入欄			
事業所名称				還付希望銀行口座(本人名義のものに限る)			
				金融 機関名 口座 種別	支店名 普通・当座 口座 番号		
請求者 (被保険者)	フリガナ 氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	住所						
療養を受けた者		氏名	性別	続柄	生年月日		
			男・女		昭和 平成 令和	年	月 日
療養を受けた 保険医療機関等		名称					
		所在地					
保険医療機関等で支払った 一部負担金等の金額		円					

還付申請を行う理由 (該当する理由に○を付す)

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
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、保険医療機関等の窓口免除証明書を提示できなかったため (理由)

健 保 記 入 欄	支 給 決 定 伺	療 養 費	診療報酬請求額	円	一部負担金 還付金額(A)	円				
			診療報酬査定額	円		内 (再 掲 記)	高額療養費	円		
			個人負担額 (%)	円			一部負担還元金 家族療養付加金	円		
		食 事 療 養 費	食事療養費請求額	円	自己負担額	@	円 × 回 =	円		
					食事療養費 還付金額(B)			円		
			還付金額合計 (A) + (B)				円			
		支給決定年月日	平成 年 月 日			常務理事	事務長	主任	担当	
		被保険者資格得喪年月日	取得	平成 年 月 日						
			喪失	平成 年 月 日						

- 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認し在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ翌月振込みします。
- 一部負担金等を請求する際は、医療機関等で支払った際の領収書(原本)を添付してください。
- 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。
- 医療機関からの請求書(診療報酬明細書)の到着を確認したうえで、支給可否を決定しますので、支給が翌月以降になる場合があります。