健康保険一部負担金等還付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記　号 |  | 番　号 |  |
| 被保険者 | 氏　名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 療養を受けた者 | 氏　名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 | 年　　月　　日　～　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 |
| 還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい） |
| １　一部負担金等免除申請以前に療養を受けた際、一部負担金等に支払ったため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　一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため４　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免除証明書の提出ができなかったため（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）保険医療機関等に支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金、家族療養費、訪問看護療養費、家族訪問看護療養費、保険外併用療養費に係る自己負担額のみです。

以上申請します。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合　理事長　殿