

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