

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記 号	1 0 0		番 号	1 2 3 4 5
被保険者	氏 名	有線 太郎 男・女		生年月日	S 44 年 9 月 1 日
	住 所	*****			
療養を受けた者	氏 名	有線 花子 男・女		生年月日	S 55 年 8 月 1 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		2020 年 7 月 13 日 ～ 2020 年 7 月 31 日			
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額				1 8, 5 6 4 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。

2020 年 8 月 10 日

住 所 *****

氏 名 有線 太郎