

# 健康保険 被保険者 一部負担金還付 申請書

家族

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)		(	)	
	事業所名称							

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所	氏名・印	印	被保険者との関係 (	)

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)											
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄 (	)				
	診療を受けた病院等	名称	〒	—	TEL	(	)	所在地					
	療養を受けた期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	(日数	日)
	療養に対し支払った一部負担金の額	円											
	還付を申請する理由	健康保険の被保険者もしくは被扶養者が以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んでください。) 1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金をすでに支払ったため 2 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため 3 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口へ一部負担金免除証明書の提出ができなかったため (											

添付書類: 罹災証明書(原本)、還付を受けようとする一部負担金等の領収書(原本)

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印