

# 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	昭・平
	住所	〒 -		
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令
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	令和 年 月 日 ~ 令和 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 (領収証の原本を添付して下さい)			円	
還付を申請する理由(該当する番号に○を付けてください)				
1. 一部負担金等の免除が受けられることを知らず、一部負担金等を既に支払ったため				
2. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため				
3. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため (理由: )				

(注) 申請には医療機関の発行した領収書原本の添付が必要です。

保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金のみとなります。食事療養標準負担額や差額ベッド代等は還付の対象となりません。

振込還 口座付 記入金 欄	金融機関コード( ) 店番号( )										
	_____銀行 _____支店										
	普通 当座 貯蓄	口座 番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
		(申請者(被保険者名義)でカタカナでご記入ください) 口座 名義									

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者)

住所(居所) 〒 -

電話番号 ( - - )

氏名 \_\_\_\_\_

東京証券業健康保険組合理事長 殿

受付日付印