

健康保險一部負擔金等還付申請書

被保険者等記号・番号	記 号		番 号	
事業所名				
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

(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) 〒 ー

電話番号（ — — ）

氏 名

東京証券業健康保険組合理事長 殿

受付目付印