

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者	記号			番号		
	氏名	男・女		生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所					
療養を受けた者	氏名	男・女		生年月日	昭・平・令 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
保険医療機関等に支払った 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 療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかつたため 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つたため 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に免除証明書の提出が できなかつたため（理由： ）						

(注) 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等であり、
入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除かれます。

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者）

住所 〒

氏名

印

電話番号

勤務先事業所

日本年金機構健康保険組合理事長 殿

[還付金振込先]

金融機関名	銀行・金庫	支店・支所
口座名義	カタカナ：	
口座番号	普通・当座 NO.	

※ 還付を受けようとする一部負担金の領収書（原本）を添付してください。