

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
	住所	〒		
療養を受けた者	氏名		男・女	生年月日
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	年 月 日 ~		年 月 日	
保健医療機関等に支払った 一部負担金の額	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. 健康保険一部負担金等減免証明書発行以前に療養を受けた際、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で免除証明書の提出ができなかったため ()				

以上申請します。

年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所 〒
(居所)

氏名

印

七十七銀行健康保険組合理事長殿