

健康保険一部負担金等還付申請書

1/2

S C S K 健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日 提出

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	⑨	
住所	〒 - ※被災時の住所をご記入ください				
電話番号	日中ご連絡の取れる連絡先： - () -				
会社名					
災害の 名称					
療養を 受けた者の	氏名			被保険者 との続柄	
	生年月日	☐ 昭和 ・ ☐ 平成 年 月 日			
療養を 受けた期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				
今回保険医療機関等に支払った金額			円		
被保険者 振込先口座	金融 機関名			支店名	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所
	口座番号	☐ 普通 ☐ 当座	NO.	フリガナ 名義	
<u>今回還付を申請する理由にチェックをしてください</u> ☐ 1. 免除が受けられることを知らなかったため ☐ 2. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため ☐ 3. 免除申請をすることができなかったため（その理由： ） ☐ 4. その他やむを得ない理由があったため（その理由： ）					

※2枚目に療養の内容や保健医療機関等の詳細をご記入ください。

《下記2点の書類を添付してください》

- ◆領収証または一部負担金の金額が確認できる書類（原本）
- ◆災害救助法適用地域にて被災したことを証明する罹災証明書、被災証明書（原本）

注意事項

- ・保険医療機関等で支払った金額のうち、入院時の食事療養標準負担額および生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベット代等は除かれます。
- ・還付申請には時効がありますので、ご注意ください。（医療機関等に支払いをした翌日から起算して2年間）

健康保険一部負担金等還付申請書

2/2

療養の内容や 保健医療 機関等の 詳細	①	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	②	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	③	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	④	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑤	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑥	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑦	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑧	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑨	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	
	⑩	診療 年月	平成 年 月	診療 種別	☐ 医科 ☐ 調剤	☐ 歯科 ☐ その他	診療 区分	☐ 入院 ☐ 外来
		名称		所在地		金額	円	