

健康保険 一部負担金等還付申請書

味の素健康保険組合 理事長殿

年 月 日申請

被保険者証		記号	番号							
被保険者	氏名	男・女		生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	住所	〒 -								
療養を受けた者	氏名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	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									
保険医療機関等に対し支払った 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 ください)	1. ____月 ____日以降に療養を受けた際、一部負担金を既に支払ったため 2. 一部負担金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に免除証明書の 提出ができなかったため [理由： _____]									
委任状										
年 月 日										
私は、本申請に基づく一部負担金等に係る還付金の受領を事業主に委任します。										
被保険者氏名										㊟

●添付書類

- 一部負担金等免除申請書（罹災証明書の写し他）又は免除証明書の写し
- 保険医療機関が発行した領収書（原本）

【留意事項】

- 本申請によるお支払いは、申請者の状況等を考慮し、被保険者が勤務する事業所の受任者とします。（ただし、資格を喪失した者及び任意継続被保険者は除く）
- 還付申請のあった一部負担金等は、医療機関から健保負担分の請求確認後となりますので、ご了承ください。

常務理事	事務長	係		事業所担当者

受付印