

JFE健康保険組合 御中

別紙2

(この申請は、「1人・1か月ごと・医療機関ごと」に作成し提出して下さい)

| 理事長代理 | 事務長 | 室長 | 担当 |
|-------|-----|----|----|
|       |     |    |    |

健康保険一部負担金等還付申請書

記入例

※赤字部分をご記入ください

|                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                            |      |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------|------------------------|
| 被保険者証                                                                                                                                                                                                             | 記号                                  | 1 6 4                      | 番号   | 1 2 3 4 5 6            |
| 被保険者                                                                                                                                                                                                              | 氏名                                  | 健保 太郎 男・女                  | 生年月日 | 昭和・平成 5 0 年 1 月 1 日    |
|                                                                                                                                                                                                                   | 住所                                  | 東京都千代田区内幸町1-3-3            |      |                        |
| 療養を受けた者                                                                                                                                                                                                           | 氏名                                  | 健保 花子 男・女                  | 生年月日 | 昭和 平成 令和 5 2 年 2 月 2 日 |
| 療養を受けた保険医療機関                                                                                                                                                                                                      | 名称                                  | 健康保険組合病院                   |      |                        |
|                                                                                                                                                                                                                   | 所在地                                 | 東京都千代田区内幸町2-2-3            |      |                        |
| 療養を受けた期間                                                                                                                                                                                                          | 昭和 平成 令和 8 年 1 月 1 日 ~ 8 年 3 月 15 日 |                            |      |                        |
| 保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額                                                                                                                                                                                            |                                     | 7,560 円<br>(必ず領収書を添付して下さい) |      |                        |
| 還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けて下さい)<br><br>① 一部負担金免除証の交付前(手続き前)に、かかった医療費<br>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<br>3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため<br>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<br>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免除証明書の提示ができなかったため<br>( ) |                                     |                            |      |                        |
| (注) 保険医療機関で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金(保険適用医療費の3割、未就学児童の場合は2割の額)のみです。<br>入院時食事療養費及び入院時生活療養費、柔整、あんま、マッサージ、はり、きゅう等の施術は対象外です。<br><br>以上申請します。<br>令和 8 年 4 月 1 0 日<br>申請者(被保険者)<br>住所(居所) 東京都千代田区内幸町1-3-3<br>氏名 健保 太郎 印  |                                     |                            |      |                        |
| 健保記入欄                                                                                                                                                                                                             |                                     |                            |      | (受付印)                  |