

JFE健康保険組合 御中

理事長代理	事務長	室長	担当

(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)

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	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	名称	_____		
	所在地	_____		
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額				円
(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)				
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				
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免除証明書の提示ができなかったため				
( _____ )				
(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。 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、きゆう等の施術は対象外です。				
以上申請します。				
令和 年 月 日				
申請者(被保険者)				
住所(居所)				
氏名				
(印)				
健保記入欄				(受付印)