

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

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
療養を受けた者	氏名	男・女		生年月日	昭和 平成 年 月 日
療養を受けた 保険医療機関等	名称				
	住所				
療養を受けた期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
保険医療機関等に支払った 一部負担金等の額					
還付を申請する理由					
<p>1. 月 日以降に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため</p> <p>2. 一部負担金等の免除を受けられることを知らなかったため</p> <p>3. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため</p> <p>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</p> <p>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 (理由:)</p>					

【注意事項】

1. 次に記載する一部負担金等は免除の対象外です。
 - ① 入院時の食事療養標準負担額、生活療養標準負担額
 - ② 柔道整復師、あん摩マッサージ、鍼灸師による施術等その他の療養費
2. 免除対象者は、災害救助法の適用市区町村に住所を有する被保険者または被扶養者です。
3. 以下の書類を添付してください。
 - ① 免除申請する理由が確認できる書類(罹災証明書等の写し)
 - ② 保険医療機関等が発行した領収書(原本)又は記載された一部負担金等の額を確認出来る書類(原本)
4. 今後、免除申請をご希望される方は、並行して免除申請のお手続きをしてください。(重複する添付書類不要)

上記の通り申請致します。

平成 年 月 日

申請者(被保険者または被扶養者)

(住所)

(氏名)

(印)

新日鐵住金健康保険組合理事長 殿