

健康保険一部負担金等還付申請書

① 被保険者等の 記号・番号	記号	番号	② 被保険者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日
③ 被保険者氏名	④ 事業所 名称 所在地			
⑤ 被災した自然災害の 名称				
⑥ 被災当日 の受診者住所	〒 -		被災区分	全壊・半壊
⑦ 療養を受けた者の 氏名	療養を受けた者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑦ 被保険者 との続柄	
⑧ 療養を受 けた 病院の	名称 所在地			
⑨ 療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
⑩ 保険医療機関等に支払 った一部負担金の額				

還付を申請する理由（該当する番号に○をつけてください。）

- 一部負担金等免除証明書又は一部負担金等減額申請書を提出することができなかったため。
- 一部負担金等免除証明書又は一部負担金等減額証明書の交付が遅れたため
- 一部負担金等の減免の申請をすることができなかったため
- その他（ ）

⑪ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名・住所（必ず記入してください。） 〒 - 住所： _____ 氏名： _____ ㊦ 自署の場合、押印省略可 電話： _____（自宅・会社） （昼間連絡の取れる電話番号を記入してください）	振 込 座	銀行	支店
		信用金庫	
		1. 普通 2. 貯蓄 3. 当座	
		□座番号	
		□座名義人	
		フリガナ	
		漢字	

委 任 状	本請求に基づく還付金に関する受領を代理人に委任します。			令和 年 月 日
	本人 (被保険者)	住所		
	代理人	住所		
		氏名	㊦	本人との関係

添付書類：領収書原本（コピー不可）、罹災証明書

（注）受診者別に、受診した保険医療機関等ごとに申請書を提出してください。

（例 内科、薬局の2か所で診察がある場合は2枚必要です。）