

健康保険一部負担金還付（療養費）申請書

管工業健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

被保険者証	記号	番号	事業所 名称		
被保険者 (申請者)	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 連絡先電話番号 ()			
療養を受けた者	氏名		続柄	生年月日	昭・平・令 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					一部負担金額
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					円

被災した日	令和 年 月 日	※災害内容	
-------	----------	-------	--

● 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. 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
2. 一部負担金等の免除証明書の交付が遅れたため
3. 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
4. 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を提出できなかったため

(理由:)

※ 申請の際には、「り災(被災)証明書」(コピーでも可)を添付してください。

※ 災害内容は、「台風○号」や「○○地方豪雨」などご記入ください。

※ 食事療養標準負担額、生活療養標準負担額及び差額ベッド代は対象外です。

受領を委任するとき	この還付金の受領を次のとおり代理人を定め委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者氏名	
代理人 (口座名義人)	住所	氏名

還付金受領口座	金融機関名	
	銀行	支店
	口座番号	普通 No.
	フリガナ	
	口座名義人	

※被保険者(申請者)と口座名義人が異なる場合は、
受領委任欄「受領を委任するとき」を記入してください。

受付日付印