

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			生年月日
	住所			
療養を受けた者	氏名			生年月日
療養を受けた 保険医療機関等	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
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の提出ができなかったため （ ）				

※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。

※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。

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者）

住所

氏名

日中の電話

管工業健康保険組合 理事長 様

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	住所 〒
(口座名義人)	氏名

還 付 金 受 領 口 座	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座	No.
	フリガナ	口座名義人	

* 申請者と口座名義人が異なる場合は受領委任欄をご記入してください。