

健康保険一部負担金等還付申請書

松竹健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被保険者証	記号		被保険者氏名	⑤		
	番号		生年月日	昭・平	年	月 日
住所・電話番号		〒 ー 日中連絡の取れる電話番号 () ※ 被災時の住所をご記入ください。				
事業所の名称						
療養を受けた方	氏 名				被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
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 一部負担金等の猶予又は減免が受けられることを知らなかったため 2 一部負担金等（減額・免除・徴収猶予）証明書の交付が遅れたため 3 一部負担金等猶予及び減免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へ証明書の提出ができなかったため ()						
振込先金融機関	金 融 機 関	銀行コード	銀 行	店番	預金種別	
	口 座 番 号	No.	信用金庫	本店	1. 普通	
	フ リ ガ ナ		信用組合	支店	2. 当座	
	口 座 名 義					

- 【添付書類】
- 該当する医療機関等の領収証（原本）
 - 災害救助法適用地域にて被災したことを証明する罹災証明書、被災証明書等の写し
- ※すでに減免等申請書の申請時に添付している場合は不要です。

※注意事項

- ・保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養費標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するものならびに差額ベット代等は除かれます。
- 柔道整復師、あんま・はりきゅう・マッサージ師等による施術、その他の療養費（治療用装具等）は対象外です。
- ・還付申請をされる場合は時効（一部負担金等の支払いをした翌日から起算して2年間）があります。