



健康保険一部負担金等還付申請書

健康保険 記号・番号がわからない場合は マイナンバーを記入									

健康保険 記号一番号・枝番		— .		退職者記入欄 ※任意継続者は除く	
事業所名称				還付希望銀行口座(本人名義のものに限る)	
				金融機関名 支店名	
				口座種別 普通 口座番号	
請求者 (被保険者)	フリガナ氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所				
療養を受けた者		氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日
			男・女		昭和 平成 令和 年 月 日
療養を受けた 保険医療機関等	名 称				
	所 在 地				
保険医療機関等で支払った 一部負担金等の金額		円			

還付申請を行う理由 (該当する理由に○を付す)	
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を提示できなかったため (理 由)

<添付書類>
受診した医療機関が発行した領収書(原本)

<申請方法>
医療機関ごと、かつ診療月ごとにわけて申請書を作成してください。
(医療機関の処方箋で調剤を受けた場合は、医療機関分と合算して請求できます)

<その他>
「一部負担等免除証明書申請書」(別紙)を提出していない場合は、本申請と一緒に申請してください。
(一部負担金等免除証明書)の発行を受けると、医療機関窓口で免除を受けられるので、後日の申請が不要になります)

1月と2月にAとBの医療機関で受診した場合。			
申請書は			
→の通り			
4枚作成となります。			
A	A	A	A
1月	2月	1月	2月
B	B	B	B
1月	2月	1月	2月

- (注意事項)
- 1. 毎月23日を受付締切日とし、記入内容を確認したうえで、在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ振込します。
 - 2. 任意継続の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。
 - 3. 一部負担金等を請求する際は、医療機関等で支払った際の領収書(原本)を添付してください。
 - 4. 医療機関からの請求書(診療報酬明細書)の到着を確認したうえで、支給可否を決定しますので、支給が翌月以降になる場合があります。