健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証記号・番号	―		事業所名称	
被保険者	氏　名	男・女	生年月日	昭・平・令　年　月　日
	住　所	〒　―		
療養を受けた者	氏　名	男・女	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			
	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○を付けて下さい）

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に免除証明書の提出ができなかったため

（　　）

受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を　　に委任します。 申請者　　㊞

（注）イ．保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

ロ．保険医療機関等が発行した領収証など、支払った一部負担金等の金額が確認できる書類を添付してください。

ハ．免除証明書の交付申請が済んでいない方は、同時に免除申請書の提出をしてください。

二．「申請者の印」と「受領委任欄の印」は同じ印鑑を使用し、ハッキリと押印してください。

上記のとおり申請します。

大阪府電設工業健康保険組合理事長　様　　令和　年　月　日

申請者（被保険者または被保険者が申請できない場合は被扶養者）
住　所（居所）　〒　―
氏　名　㊞

受付日付印