健康保険一部負担金等還付申請書

Ｋ14

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者 | 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 昭・平　　　　．　． |
| 住所 |  |
| 療養を受けた者 | 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 昭・平・令　　．　． |
| 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に免除証明書の提出ができなかったため（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）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のみです。

以上申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住　所（居所）

氏　名

経済産業関係法人健康保険組合　理事長　殿