K14

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	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