

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証の	記 号		番 号	
被 保 険 者 の	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所			
療 養 を 受 け た 者 の	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
療養を受けた 医療機関等の	名 称			
	所 在 地			
療 養 を 受 け た 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
医療機関等に支払った 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 6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2 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 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 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 5 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため ()				
以上申請します。 全日本理美容健康保険組合理事長 殿				
平成 年 月 日				
申請者 （被保険者又は被扶養者） 住 所 氏 名				

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。

支払金融機関	金融機関コード		支店番号						
		銀行 金庫							本店 支店
	口座番号	普通・当座							
	口座名義 (カタカナ)								