

健康保険一部負担金等還付申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

令和 年 月 日提出

被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才) 昭 平 年 月 日	記号	番号
なお、在職中は支給金額の受領を事業主に委任しま			
現住所 〒	TEL	事業所名	
申請が被扶養者に関する場合はその氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才) 昭 平 令 年 月 日	被保険者との続柄	
療養を受けた保険医療機関等の名称/期間/区分/保険医療機関に対し支払った一部負担金の額			
医療機関名	医療機関名	医療機関名	
療養を受けた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養を受けた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養を受けた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
区分 入院・外来・歯科・調剤	区分 入院・外来・歯科・調剤	区分 入院・外来・歯科・調剤	
支払った一部負担金額 ※ 円	支払った一部負担金額 ※ 円	支払った一部負担金額 ※ 円	
還付を申請する理由(該当する番号に○をつけてください。)			
1 一部負担金免除証明書が交付される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			
(理由)			

● 被保険者が記入するところ
訂正箇所には必ず訂正印を押してください

(注)

- ・この還付が受けられるのは免除認定者のみです。免除証明書の交付を受けていない場合には、免除申請書の添付が必要です。
 - ・この申請には、保険医療機関等が発行した領収証(原本)または記載された一部負担金等の額が確認できる書類の添付が必要です。
- ※入院・入所時の差額ベッド代、食費・居住費、柔道整復・鍼灸・あんまマッサージ施術料は対象となりません。