

平成30年災害時における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			
被保険者	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
療養を 受けた方	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
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	平成 年 月 日 ~ 平成 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が受けられることを知らず、一部負担金等を既に支払ったため 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 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 （ ）							
近畿電子産業健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 - 住 所 被保険者（請求者） ^{ふりがな} 氏名 印 電話番号（ ） -							
委 任 状							
上記還付金の受領を所属事業所担当者.....印.....に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名.....印							

(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、家族療養費に係る自己負担額等です。

(注) この還付申請書には保険医療機関等が発行した領収証または一部負担金等の額が確認できる書類を添付してください。