

健康保険 一部負担金等還付申請書

群馬銀行健康保険組合 理事長 殿

(西暦)

年 月 日 申請

被 保 険 者 証		記号			番号		
被 保 険 者 (申請者)	氏 名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦)	年	月 日
		(印)					
	住 所	〒 (電話番号) - -					
療養を受けた者	氏 名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦)	年	月 日
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	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日						
保険医療機関等に対して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. 月 日 以降に療養を受けた際、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で免除証明書の提出ができなかったため [理由:]						

【添付書類】

- ① 災害救助法の適用地域の住民であり、住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたことを証する「**罹災証明書**」の写し等
 ※ 罹災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合は、罹災証明書の他に被災当時の住所が確認できる書類(運転免許証、住民票のコピーなど)の添付が必要です。
- ② 保険医療機関が発行した**領収書(原本)**

【留意事項】

- ① 本申請の基づくお支払は、申請者ご本人の口座にお振込みします。
- ② 還付申請のあった一部負担金等のお振込は、保険医療機関等からの健康保険組合負担分の請求確認後となりますのでご了承ください。

常務理事	事務長	担当者

／ 受 付 印 ＼