

国民健康保険一部負担金還付申請書

宇城市長殿

被保険者証記号・番号		宇 城 一		
療養を受けた者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
療養を受けた 保険医療機関名	名 称			
療養を受けた期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで			
療養に対し支払った一部負担金の額			円	
還 付 申 請 理 由	1 一部負担金の免除の要件に該当していたが、一部負担金をすでに支払ったため 2 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金をすでに支払ったため 3 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため 4 やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口の一部負担金免除証明書の提出ができなかったため ()			

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 (窓口来庁者)	住所		電話番号	
	氏名		世帯主との 関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ その他 ()
還付先金融機関		支店名	預金種類	口座番号
銀行・信金 農協・信組・労金		支店 本店	普通・当座	
ゆうちょ銀行			—	
口座名義人		フリガナ		
		氏 名		
一部負担金還付の受領に関する権限を委任します。 世帯主氏名 印 (自署でない場合は押印ください。)				

【受付記入欄】

●免除対象者の確認 ☐ 確認済 ☐ 同時、減免申請済

●明細書添付 ☐ 添付済 ☐ 添付なし (領収書 1 枚)

●領収書添付 ☐ コピー添付 ☐ 原本に申請済を押印

受付印

(受付者)

還付可否	入力	確認	還付決定額
可 ・ 否			