健康保険一部負担金等還付申請

被保険者証	記号			番号			
被保険者	氏名		㊞	生年月日	昭・平 令　　・　・		
	住所						
療養費を受けた者	氏名		生年月日	昭・平 令　　・　・	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	令和　年　月　日 ～ 令和　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 （領収書又は一部負担金の額が確認できる書類の原本を添付してください。）	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等が受けられることを知らなかったため

2　一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため

3　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

4　その他やむを得ない理由により保険医療機関の窓口に免除証明書の提出ができなかったため

（　　）

注1　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。

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。

被保険者　住　所

（請求者）　氏　名　　㊞

委任された方　住　所

（事業主）　氏　名

※在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。〔被保険者(受給権者)の印を捺印してください。〕なお、退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）本人送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

令和　年　月　日提出

受付日付印

神奈川県機器健康保険組合