

健康保険一部負担金等還付申請書

被 保 険 者	記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所			
療 養 を 受 け た 者	氏 名		続 柄	
			生年 月 日	昭和・平成・令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
保険医療機関等窓口で支払った金額 (一部負担金等)				円
還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けて下さい)				
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、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため (理由：)				

※ 同一医療機関のひと月分をまとめて、1枚の申請書で申請してください。

※ 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(原本)をすべて添付してください。

※ 免除証明書の交付を受けていない方は、「り災証明書」等を添付してください。

(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のみです。入院時の食事・生活費は還付対象外です。

以上申請します。(※裏面に振込先を記入してください)

令和 年 月 日

申請者 (被保険者)

住 所 (居所)

氏 名

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

裏面あり

※還付金の振込口座についてご記入ください（被保険者名義の口座をご記入ください）

銀行名： 銀行

支店名： 支店

口座番号：

種類： 普通・当座

口座名義（カタカナ）：

健保記入欄

受付印

常務理事	事務長	担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

支給金額： 円

支給日：