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に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

支給金額：　　円
支給日：