

## 健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	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	年 月 日 ~		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				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)				
<p>1 住家が全壊・半壊、又はこれに準じる状態(自治体発行の被災証明書)</p> <p>2 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った状態(医師の診断書の写し)</p> <p>3 主たる生計維持者の行方が不明である状態(警察に届出をしていることが確認できるもの)</p> <p>4 その他上記1から3までに準ずる者として健康保険組合が認めた場合</p> <p>※申請書に、保険医療機関の領収書、および被災状況によりそれぞれの証明書を添付して下さい。</p>				
受還 領付 口座 金座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合		支店・出張所
		金融機関コード		支店コード
	口座の種類・番号	1. 普通		
		2. 当座		
	口座名			

(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、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。

以上申請します。

年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所(居所)

氏名

印

東京都洋菓子健康保険組合  
理事長 殿

複数の医療機関にかかっている場合は全てお書きください。枠が足りない場合はコピーしてご利用ください。

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	年 月 日 ~	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		円

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	年 月 日 ~	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		円

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	年 月 日 ~	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		円

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	年 月 日 ~	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		円

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	年 月 日 ~	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		円