

常務理事	事務長	主任		係員

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者等記号番号	記 号		番 号	
被保険者氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
住 所				
療養を受けた者の氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
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い をした一部負担金等の額	円			
振込金融機関	金融機関名	<div>銀行 信金 信組 農協</div>	<div>本店</div>	<div>支店 支所 出張</div>
	預金種類	口座番号 口座名義人（か）		
1. 普通				

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、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出
ができなかったため

(理由：)

この申請書に添付する書類

1 保険医療機関等が発行した領収書又は記載された一部負担金等の額を確認する書類

2 健康保険一部負担金等免除申請書（罹災証明書・被災証明書の写し他）又は免除証明書の写し

※入院時の食事療養費、差額ベッド代などは還付の対象外です。
また柔道整復、あんま・マッサージ、鍼灸についても還付の対象外です。

以上申請いたします。
令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）
住 所 〒
(居 所)
氏 名
連絡先TEL

印

ユニマツト健康保険組合
理 事 長 殿

受付日付印