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		生年月日	昭・平　　.　.
	住　所			
療養を受けた方	氏　名		生年月日	昭・平・令　　.　.
療養を受けた年　月	令和　　年　　月			
保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額（複数の場合合計金額）	円			
還付を申請する理由（該当する番号に〇を付けて下さい）				
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 （　　）				
委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本申請金額の受け取り方の件を委任いたします。 被保険者氏名			

（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のみです。
同月分１名につき１枚の申請書を提出してください。

【添付書類】
- 〇　医療機関が発行した領収書等（原本）
- 〇　一部負担金等徴収猶予・減額・免除証明書（写し）

以上申請します。
令和　　年　　月　　日

川口工業健康保険組合　理事長　殿

申請者（被保険者又は被扶養者）

住　所（居所）
氏　名