

支給決議	同年月日							取 得 年 月 日			常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額							喪 失 年 月 日							

事業所コード	事業所名		被保険者 家族	健康保険一部負担金等還付申請書	事業所	所属長	担当者

被 保 険 者	記 号	番 号	フリガナ			生 年 月 日	昭 平		
	16		被保険者氏名						
	現住所	〒				T E L			
	適 用 事 業 所					取 得 年 月 日			
	医 療 機 関 名					喪 失 年 月 日			
	所在地					発病又は負傷の年月日			
	フリガナ			生 年 月 日	昭 平 令	コード			
	療養が被扶養者に関するときはその者の氏名					続柄	扶養認定年月日		
	療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日間			
	保険医療機関等に支払った一部負担金等の額					円			
記 入 欄	一部負担金免除対象事由 (☒ を記入してください。)								
	☐ 住家が全半壊または全半焼した								
	☐ 主たる生計維持者が死亡した								
	☐ 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った								
	☐ 主たる生計維持者の行方が不明								
	還付を申請する理由：								
添付書類名									
委 任 状	令和 年 月 日に請求した還付の受領を委任いたします。				委 任 受 領 者			所在地 事業所 名 称 事業所長名	
	本人氏名	令和 年 月 日							
※喪失(退職)後の支払方法		令和 年 月 日提出				受 付	決 議	支 払	
ア. 事業所を通して支払い		振 込	銀行 支店						
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)		先	普通 No						
			名 義 人 (カタカナ)						

【添付書類】

保険医療機関等が発行した領収証など、支払った一部負担金等の金額が確認できる書類(原本)