健康保険 一部負担金等還付申請書

申請日　平成　　年　　月　　日

健康保険証の記号・番号		ー		事業所名		
被保険者証（申請者）	氏名	㊞		生年月日	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	住所	〒 連絡先電話番号　　（　　）				
療養を受けた者	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
療養を受けた理由						
療養を受けた期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日　　（　　）日間					
療養を受けた医療機関等	名称			一部負担金額		円
	住所					

被災した日	平成　　年　　月　　日	災害内容	

委 任 状	私は本申請に基づく給付金に関する権限を事業所代理人に委任します。 （本申請は委任払い（事業所経由）での支給となります。） 平成　　年　　月　　日 被保険者の　〒　住所　氏名　㊞ 事業所代理人の　〒　住所　氏名　㊞

【添付書類】

以下の書類すべてを添付してください。

①医療機関等で発行された領収証の原本

②領収証の内訳が確認できる書類の写し

③被害に係る地方公共団体等による証明書類の写し

【注意事項】

・保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代は除かれます。

・還付申請をされる場合は、時効があります（一部負担金の支払いをした日の翌日から起算して2年間）のでご注意ください。

・医療機関等の受診内容等の確認を行いますので申請から約3ヶ月後の支給となります。

健保組合			健保受付	事業所	
決　裁	処　理			責任者	担当者

TGK 2016.04