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	昭・平　　年　　月　　日	
	住　所				
療養を受けた者	氏　名	男・女	生年月日	昭・平　　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	平成　　年　　月　　日　～　平成　　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）

1　６月３０日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため
2　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
3　一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため
4　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
5　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
（　　）

上記の通り申請します。　　平成　　年　　月　　日

被保険者の　住　所

　　氏　名　　㊞

セメント商工健康保険組合理事長　殿

受付年月日	

私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成　　年　　月　　日請求した上記の給付金の受領方を委任します。

平成　　年　　月　　日

被保険者の　住　所

　　氏　名　　㊞

代理人の　住　所

（受領責任者）氏　名　　㊞

【留意事項】

- 本申請によるお支払は、申請者の状況等を考慮し、被保険者が勤務する事業所の受任者とします。（ただし、資格を喪失もしくは任意継続被保険者は除く）
- 委任状欄の受任者および申請者の捺印をお願いします。

○　この申請書に添付する書類

1. 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
2. 保険医療機関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の写し