

## 健康保険一部負担金還付申請書

被保険者等	記号	1	番号	99999
被保険者	フリガナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平 40. 1. 1
	性別	男・女	電話番号	090-0000-0000
	住所	〒000-0000 〇〇県△△市××町1-1		
療養を受けた者	フリガナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平令 40. 1. 1
	性別	男・女	電話番号	090-0000-0000
療養を受けた保険医療機関等	名称	すこやかクリニック		
	所在地	〒000-0000 〇〇県□□市××町2		
療養を受けた期間	令和 〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇年 〇〇月 〇〇日			
療養に対し支払った一部負担金の額				〇〇,〇〇〇円
(還付を申請する理由)				
能登半島地震により、健康保険の被保険者もしくは被扶養者が以下の事由のいずれかに該当したため。 (申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。)				
1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため				
2 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため				
3 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口の一部負担金免除証明書の提出ができなかったため ( )				

ゴールドウイン健康保険組合理事長 殿

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

申請者

住所 〇〇県△△市××町1-1 電話番号 090-1234-5678  
氏名 健保 太郎

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号
〇〇 銀行 信金 農協・信組	△△ 支店 本店	普通 当座	1 1 1 1 1 1 1
銀行コード	支店コード		
口座名義人	フリガナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	

(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。