

健康保険 一部負担金等還付申請書

(一部負担金等の免除証明書の交付申請を行った方がすでに医療機関等の窓口で一部負担金等を支払っている場合に還付を受けるための申請書)

被保険者等	記 号		番 号			
被 保 険 者 (申請者)	氏 名			男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所					
	事業所の名称					
療 養 を 受 け た 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
				被保険者との続柄		
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	令和 年 月 日 ~ 令和 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				
すでに医療機関等で支払った一部負担金等の還付を申請する理由 (該当する番号に○)						
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で免除証明書の提出ができなかったため 理由：()						

振込先金融機関	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	労働金庫 []			本店 支店	預金 種別	1 : 普通	
	店番号	:	:	口座 番号	:	:	口座 名義

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下を記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				年 月 日提出
	〒 ー 年 月 日				受付日付印
	被保険者 住所 (申請者) 氏名				
代理人の 氏名	(フリガナ)			申請者 との関係	
代理人の 住 所	〒 ー				

〔申請対象者／還付対象となるもの〕

- ・この還付を受けられるのは、一部負担金等免除証明書の交付対象の方です。
一部負担金等免除証明書の交付を受けていない方は、この還付申請に併せて「一部負担金等免除申請書」の提出が必要です。
- ・申請対象期間は、免除証明書に記載している有効期限迄となります。
- ・還付対象となるのは、保険医療機関等で支払った額のうち、健康保険適用分にかかる一部負担金（訪問看護療養費に係る自己負担額を含む）のみとなります。
（柔道整復師、針灸師、あんま・マッサージ師の施術にかかる一部負担額、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額は、還付対象になりません）

【必要な添付書類】

「保険医療機関等が発行した領収書(原本)」又は、「申請書内に記載された一部負担金等の額を確認できる書類」。

〔提出先・お問い合わせ先〕

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162