

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者等	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 令 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	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		
還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい） 1 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免除証明書の提出ができなかったため※詳細を下記に記入 ()				

【添付書類】診療を受けた際の領収証の原本

（※）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、訪問看護療養費に係る自己負担額のみです。

（食事療養負担額、生活療養標準負担額、整骨院・接骨院、鍼灸等の療養費は免除対象外です。）

（※）還付は給与口座への振り込みとなります。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住 所

(居所)

氏 名

連絡先

SUMI グループ健康保険組合 理事長 殿