

※健保使用欄

|             |     |   |
|-------------|-----|---|
| 月 日<br>支給決定 | 支給額 | 円 |
|-------------|-----|---|

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

## 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(本人)   | 氏名   |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
| 療養を受けた者  | 氏名   |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |
| 療養を受けた<br>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)<br>1. 令和元年10月13日以後、一部負担金等免除証明書の交付以前に支払ったため<br>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<br>3. 一部負担金等免除申請をすることができなかったため<br>4. 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<br>( ) |  |  |     |      |                |       |
| (注) 1. 医療機関が発行した領収証の原本を添付して下さい。<br>2. 本人・家族に分けて申請して下さい。  |  |  |     |      |                |       |
| 委任欄  | 健康保険組合より受ける還付金を事業主に委任します。<br>令和 年 月 日<br>請求者氏名 _____ 印 |  |     |      |                |       |
| 任意継続の方<br>振込希望口座<br>(被保険者名義)   | フリガナ   |  |     |      |                |       |
|  | 銀行   |  |     | 支店   |                |       |
|  | フリガナ   |  |     |      |                |       |
|  | (普) 口座番号   |  |     | 名義   |                |       |

(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、入院時食事療養費および入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

以上申請します。

令和 年 月 日

【申請者(被保険者)】

住所(居所)

氏名

印

グリコ健康保険組合理事長 殿