

## 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 . .
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
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○を付けて下さい）				
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 ( )				

（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。

以上申請します。

平成 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住所（居所）

氏名

㊞

※自署の場合は印鑑は不要です。