

健康保険一部負担金等還付申請書

様式 4

被保険者証	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 （ ）				

上記のとおり、一部負担金等の還付を申請します。

令和 年 月 日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

被保険者（申請者）氏名	
-------------	--

【注意事項】

1. 保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額および生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代等の保険外費用は除かれます。
2. この申請書に添付する書類
 - ①一部負担金等の減免等申請書（罹災証明書・被災証明書の写し他を添付）
 - ②保険医療機関が発行した領収書または記載された一部負担金等の額を確認できる書類
3. 還付申請があった一部負担金等は医療機関から健保負担分の請求確認後となります。