



支給決定伺		令和 年 月 日 決定		
算出額			¥	
	常務理事	事務長	担当者	
支給期間	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日	日間		

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者	氏名			被保険者証	記号	
	生年月日	S・H	年 月 日		番号	
療養を受けた者	氏名	性別	続柄	生年月日		
				S・H・R 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) 令和2年7月豪雨による災害により、健康保険の被保険者もしくは被扶養者が次の事由のいずれかに該当したため。 (申請者において該当する番号を○で囲んでください。) 1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため 2 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため 3 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口にて免除証明書の提出ができなかったため (理由:)						
上記に関する請求金の受領を ⑩ に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ⑩						

キンビール健康保険組合 御中

※注意事項： 医療機関の領収書（原紙）を必ず添付してください。

- ①申請書は、各受診者毎、受診月毎、医療機関毎でご記入をお願いいたします。
- ②以下については免除対象外となります。
 - ・食事療養標準負担額、生活療養標準負担額に相当するもの
 - ・差額ベッド代、健診費用など健康保険適用外のもの
 - ・柔道整復、あんま、マッサージ、はり・きゅうによる施術や装具代等
- ③還付金額の内容確認のために時間がかかる場合があります。

調査印