

# 国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証番号		診療年月	
療養を受けた者	氏名	負担割合 3・2・1 割	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別 男・女
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		
療養に対して支払った一部負担金の額（合計）		円	
<p>【還付を申請する理由】</p> <p>平成30年7月豪雨により、国民健康保険の被保険者が以下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○で囲んで下さい。)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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の一部負担金免除証明書の提出ができなかったため          ( )</p>			

呉市長 様

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。  
 なお、申請の診療年月について、すでに高額療養費が支給済の場合には、本件還付額と高額療養費支給済額とで振替（差引調整）が行われることに同意します。

令和 年 月 日

世帯主 (申請者) 住所 呉市 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

一部負担金の還付を受けた場合、当該還付額は、高額療養費の算定対象外となることを確認しました。(申請者において□に✓を記入してください。)

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	口座番号（右詰め） 
銀行コード	支店コード
口座名義人（カタカナ）	

(注) 保険医療機関等で支払った額のうち、還付対象は、一部負担金のみです。

一部負担金還付決定額（合計）		円						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">高額支給 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td style="width: 15%;">受付・決定</td> <td style="width: 15%;">高額療養費</td> <td style="width: 15%;">決定入力</td> <td style="width: 40%;">レセプト</td> </tr> </table>	高額支給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付・決定	高額療養費	決定入力	レセプト	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;">             受付印           </div>		
高額支給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付・決定	高額療養費	決定入力	レセプト				

※以下は、呉市で記入しますので、記入不要です。