

健康保険一部負担金等還付申請書

東京広告業健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被保険者証	記号		被保険者氏名			
	番号		生年月日	昭・平	年	月 日
住所・電話番号		〒 - 日中連絡の取れる電話番号 () ※ 被災時の住所をご記入ください。				
事業所の名称						
療養を受けた者の	氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		
療養を受けた 保険医療機関等の	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 ()						

【添付書類】

- 領収書または一部負担金の額が確認できる書類
- 災害救助法適用地域にて被災したことを証明する罹災証明書、被災証明書等の写し

※注意事項

・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及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は除かれます。
・還付申請をされる場合は時効があります（一部負担金の支払いをした翌日から起算して2年間）ので、ご注意ください。