

第5号様式（第9条関係）

国民健康保険一部負担金等還付申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所  
申請者 氏名  
電話番号 ( )

被保険者証		記号	島 8	番号	
世帯主	氏名				生年月日
	住所				
療養を受けた者	氏名				生年月日
療養を受けた保険医療機関等		名称			
		所在地			
療養に対し支払った一部負担金等の額					円
療養を受けた保険医療機関等		名称			
		所在地			
療養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					
1 令和2年1月31日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため。					
2 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。					
3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため。					
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。 ( )					

振込金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/>														
	口座番号											口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	銀行コード											店番号				
	フリガナ															
	口座名義人															

(注1) この申請書には必ず領収書等を添付してください。

(注2) 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及び訪問看護療養費の一部負担金相当額のみです。