

国民健康保険一部負担金等還付申請書

令和2年 2月 3日

いわき市長 様

住所 **いわき市平字梅本21番地**  
申請者 氏名 **梅本 一郎**  
電話番号 **0246 ( 11 ) 1111**

被保険者証		記号	島 8	番号	<b>123456</b>	
世帯主	氏名	<b>梅本 一郎</b>			生年月日	昭和40年1月1日
	住所	<b>いわき市平字梅本21番地</b>				
療養を受けた者	氏名	<b>梅本 花子</b>			生年月日	
療養を受けた保険医療機関等		名称	<b>いわき〇〇診療所</b>			
		所在地	<b>いわき市平〇〇〇〇番地</b>			
療養に対し支払った一部負担金等の額		〇, 〇〇〇 円				
療養を受けた保険医療機関等		名称	<b>××調剤薬局</b>			
		所在地	<b>いわき市平〇〇××番地</b>			
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。 ( )						

被保険者ごと  
診療月ごと  
にそれぞれ記入

振込金融機関	金融機関名	〇〇		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫		〇〇		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所		
				<input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/>		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	銀行コード	1	2	3	4	店番号		1	2	3
	フリガナ	<b>ウメト イチロウ</b>								
口座名義人	<b>梅本 一郎</b>									

世帯員以外の口座を指定する場合は、委任状を必ず記入してください

(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。