

健康保険 一部負担金等還付申請書

| | | | | | |
|---------------------------|--|------------|---|--------------|--|
| 被保険者証の 記号・番号 | — | 事業所 の名称 | | | |
| 被扶養者(家族) に関する申請の とき | 被扶養者 氏名 | 生年 月日 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 | |
| 申請理由 (いずれかに○) | 理 由 | | 必 要 書 類 | | |
| | 還付を申請する理由(該当する番号に○を付ける) 1 資格取得日以降に療養を受けた際、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 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかつ たため 5 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 () | | ・還付を受けようとする一部負担金等の領収書(原本) ※コピー不可 ・一部負担金等免除証明書の写し ※一部負担金等の免除申請を行っていない場合は、一 部負担金等免除申請書をあわせて申請してください (注) 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、入院時食事療養費及び入 院時生活療養費に係る標準負担額のみです。 | | |
| 保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額 | | | | 金 _____ 円也 | |
| 振込希望銀行 | 銀行 _____ 支店(普通・当座) No _____ (支店番号 _____) | | ※被保険者本人名義の口座(家族不可) カナメイギ(_____) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付 | | |

※受診医療機関が数か所あっても一人につき1枚の申請書でご請求ください。
 ※領収書(原本)は裏面に糊付けで貼り付けてください。

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

以上申請します。
 年 月 日

申請者氏名(被保険者)



住 所(居所) 〒 _____

電 話 _____

