

決定年月日：令和 年 月 日

受付印

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

## 一部負担金等還付請求書

( 年 月分)

請求日	令和 年 月 日			
保険証	記号		被保険者氏名	
	番号			
所属事業所 または住所			生年月日	昭・平・令 年 月 日
			勤務先 電話番号	任意継続の方は、ご自宅の電話番号を記入してください。
療養を受けた者の氏名		続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
災害内容※				

※ 災害内容には、「〇〇市土砂災害」「台風〇号に伴う風水害」など具体的に記入してください。

&lt;請求内容&gt;

療養を受けた 医療機関・調剤薬局名	領収書 枚数	一部負担金等 (窓口負担額)	【健保記入欄】	
			還付額	備考
	枚	円	円	
	枚	円	円	
	枚	円	円	
	枚	円	円	
	枚	円	円	

被保険者  
確認欄

この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。

- ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。  
② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

〔留意事項〕

- 医療費の領収書は、本書（コピー不可。宛名・保険診療分負担金が明記されているもの）を添付してください。
- 一部負担金等が減免となる対象者（受診者）、受診月ごとに本書を作成してください。
- 窓口負担額のうち、食事療養標準負担額、生活療養標準負担額、保険外負担分（予防接種、差額ベッド代等）は還付対象外となります。
- 減免期間満了月の翌月末を還付請求の締切日としますが、支払い手続き中等で手元に領収書が無い場合請求ができない場合は、書類が整い次第速やかに提出してください。
- 還付請求に該当する診療報酬明細書（医療機関等からの請求書）を社会保険診療報酬支払基金から受領後の審査となりますので、還付金の支払いは最短でも受診月の4ヵ月後となります。

【健保記入欄】

減免区分	還付額合計	支払日	入力
<input type="checkbox"/> 全額（免） ・ <input type="checkbox"/> 半額（減）	円	令和 年 月 日	