

健康保険 被保険者 被扶養者 一部負担金還付申請書 (り災・被災)

令和 年 月分

被保険者証	記号		事業所	名称	
	番号			所在地	Tel - -
被保険者又は申請者の氏名			被保険者又は申請者の住所	〒 -	Tel - -
療養を受けた方の氏名生年月日及び被保険者との続柄	氏名	年 月 日生	(続柄= )	氏名	年 月 日生
傷 病 名					
療養を受けた病院等の	名称				
	所在地				
診療を受けた期間	年 月 日から	日間	年 月 日まで	年 月 日から	日間
入院・通院の別	入 院 ・ 通 院		入 院 ・ 通 院		
病院に支払った額 (自己負担額)		円			円
他の制度から自己負担額に対して助成が	受けられる (制度 )	受けられない	受けられる (制度 )	受けられない	

令和 年 月 日提出

受 付 印

<注意事項>

- 1.領収書の写し(コピー)を添付してください。
- 2.病院からの請求(レセプト)が届いてからの還付となるため、支払いは2~3か月後となります。
- 3.支払いは会社経由となります。
- 4.月ごと受診者ごとに分けて記載してください。(例・1月と2月受診なら2枚)