

常務理事	事務局長	部長	G長	G L	扱者

## 健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者等	記号			事業所 名 称	
	番号				
被保険者	氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所 (居住)	〒 - 電話(日中の連絡先) - - -			
療養を受けた者	氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
療養を受けた 保険医療機関等	名称 所在地				
療養を受けた期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
保険医療機関等に対し支払った一部負担金の額	円				
還付を申請する理由(該当する番号に○を付けて下さい)					
1. 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかつたため。 2. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため。 3. 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。 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に免除証明書の提出ができなかつたため。 ( )					

(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・保険外併用療養費訪問看護療養費・家族療養費又は家族訪問看護療養費に係る自己負担額のみです。なお、入院時食事療養標準負担額・入院時生活療養標準負担額に相当するものは除きます。

以上申請します。  
※下記確認欄へチェックをお願いします。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。	
<input type="checkbox"/>	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。	
受取口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <check>。利用しない場合は下記委任状欄を記入。)</check>

委任状欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (健保口 口座名義人)	〒 - 事業所所在地 事業所名称 氏名	TEL	( )

受付印

## 健康保険一部負担金等還付申請書ご提出について

### ◎還付の対象

保険医療機関、調剤薬局でお支払いした額の一部負担金、訪問看護療養費の相当額です。

※差額ベッド代、健康保険適用外の費用は対象外です。また、入院時の食事、居住費、柔道整復、あんま・マッサージ、鍼灸等はお支払いの必要があり、還付の対象とはなりません。

### ◎健康保険一部負担金等還付申請書の作成

療養を受けた人ごとの保険医療機関・調剤薬局ごと、各月ごと、入院・外来ごとに申請書1枚の作成をお願いします。

### ◎添付書類

保険医療機関、調剤薬局の領収書原本。

### ◎申請方法

申請書、領収書原本を事業所（勤務先）にご提出してください。

### ◎受領のしかたと決定通知書

給付金（還付金）は事業所健保口座への委任払です。

給付金振込日の約1週間前になりましたら、健康保険組合から給付金支給決定通知書をご自宅に発送いたしますので、事業所より受領してください。

### ＜その他＞

- ・**保険医療機関等に対し支払った一部負担金の額**に領収書の一部負担金をご記入ください。
- ・申請書に領収書原本を糊付しないでください。
- ・健康診断、インフルエンザの予防接種等の補助金につきましては、健康診断センター事務グループまでお問い合わせください。

### 【お問い合わせ先】

一部負担金等還付申請：業務部給付グループ TEL03-3404-7344（業務部直通）

健康診断等の補助金：健康診断センター事務グループ TEL03-3404-6811（健康管理センター直通）