ケンポ記入欄	支給決定伺						
	支給金額	円				取得	S・H・R ・ ・
	経伺	常務理事	事務長		担当者	喪失	S・H・R ・ ・
						備考	

健康保険 一部負担金等還付申請書

記号・番号	—	被保険者 氏　名	男・女	生年月日	S・H・R 年　月　日
被保険者住所					
療養を受けた者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	性　別	男 ・ 女	
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等の額	円				

還付を申請する理由 （該当する番号に〇をつけて下さい。）

1. 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ったため
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に免除証明書の提出ができなかったため
（具体的に記入:　　）

（注1） 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、訪問看護療養費及び保険外併用療養費に係る自己負担額のみです。

（注2） 申請の際は、保険医療機関で受け取った領収証、診療明細書の原本を添付してください。

（注3） 申請書は各月ごと、受診者ごと、医療機関（医科・歯科ごと）・薬局・訪問看護事業者ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ記入してください。

（注4） 医療機関と健康保険組合では一部負担金の端数処理方法が異なりますので、支給金額はご自身が窓口で支払った金額とは相違があります。

事業主確認欄	
令和　年　月　日	
	事業所所在地
	事業所名
	事業主氏名　㊞

上記の通り申請致します。

令和　年　月　日

被保険者　住所（居所）

氏名　㊞

大同特殊鋼健康保険組合　理事長　殿