

様式第6号(第10条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
一 部 負 担 金 等 還 付 申 請 書

フリガナ		フリガナ	
届出者名		被保険者氏名	
本人との関係		生年月日	年 月 日
連絡先電話番号		被保険者番号	

保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円

(還付を申請する理由) ※申請者において該当する番号を○で囲んでください。

東日本大震災により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。

- 1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、免除の要件に該当していたが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が受けられることを知らなかったため
- 3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため
- 4 その他やむをえない理由で、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため

()

保険医療機関等に支払った 一部負担金等の合計額 (還付対象額を記入する。)		審査認定額	
		還付決定金額	

振 込 先	銀行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	
	信用組合	出張所	()	口座名義人	
	協同組合				
	()				

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金等に係る証明書類(領収書)を添えて還付を申請します。

年 月 日 申請者 氏 名

委任欄	年 月 日 委任者 住 所
	氏 名
	私(申請者)は本申請に基づく還付に関する受領を下記代理人に委任します。
	代理人 住 所
	氏 名

(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並びに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。