

国民健康保険一部負担金等還付申請書

年 月 日

南相馬市長

申請者 住 所  
(世帯主)

氏 名  
電 話

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 証	記 号	島 9 2	番 号			
世 帯 主	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生		
	住 所					
療養を受けた者	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生		
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		年 月 日 ~ 年 月 日				
療養に対し支払った 一部負担金等の額		円				
療養費 の受領 の方法	<del>1. 窓口受領</del>	2の 場合の 振込先	銀行 農協 金庫 組合	預金種目	1 普通 2 当座	
	2. 口座振替			支店	口座番号	
				フリガナ 口座名義人		
還付を申請する理由		<p>1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等をすでに支払ったため</p> <p>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</p> <p>3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>4 その他やむをえない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため</p> <p>( )</p>				

(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のみです。