

健康保険 一部負担金等【還付】申請書

- 還付申請書は、入院・通院別で、医療機関別に月ごと(1ヵ月1枚)に記入してください。
- 調剤分がある場合は、通院分とセットにしてください。

【提出先】 所属先の事業所（*退職された方は、直接健康保険組合宛に送付してください。）

被保険者証の 記号・番号	—		事業所 名称			
被保険者 〔住所は現在の居所 を記入してください。〕	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住所 (〒 —)	都 道 府 県		【自宅】 — — — — — 【携帯】 — — — — —		
療養を 受けた者	氏名	男 女	続柄	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 等の名称	医療 機関	調剤 薬局				
療養を受けた期間	入院・通院		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	医科・歯科	調剤	合計	円	円	円
還付を申請する理由 〔該当する番号に ○をつけてください〕	令和 年 月 日発生(以降)の により、 下記理由により療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため ① 一部負担金等の猶予・免除等が受けられることを知らなかった ② 一部負担金等免除証明書の交付が遅れた ③ 一部負担金等の免除申請をすることができなかった 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った やむを得ない理由					
添付資料	●免除証明書の交付申請がお済みでない方は「一部負担金等【免除】申請書」 ●保険医療機関等が発行した領収証など、支払った一部負担金等の金額が確認できる書類					

※還付対象は、保険医療機関等(病院・薬局・訪問看護)の療養費に係る自己負担額です。
(食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額に相当するものは除きます)

退職後、森永健康保険組合以外の健康保険に加入された方のみ記入してください。						
振込 希望 口座	銀行	金融機関 コード	普通	口座番号	口座名義(カタカナ)	
	支店	支店 コード	当座			

【委任状】
本申請に基づく給付金に関する受領を「 <u>事業主</u> 」に委任します。 被保険者氏名 _____ *退職された方は、委任状欄の記入は不要です。

事業所担当者の 氏名

令和 年 月 日
森永健康保険組合 理事長 殿
上記のとおり申請いたします。
被保険者氏名 _____

健保受付印

常務理事	事務長	担当者

承認年月日	令和
支給年月日	令和
還付決定額	円