

# 健康保険 一部負担金等還付申請書

※必要事項を全てご記入下さい。訂正箇所については、被保険者が二重線で抹消し、被保険者氏名(フルネーム)をご記入下さい。二重線負傷(ケガ)の場合は「負傷原因届」(ホームページよりダウンロードして下さい)が必要となりますので、添付して下さい。(ご不明な点等ございましたら、当組合・給付課までご連絡下さい)振込先は、事業所指定口座の場合は「負傷原因届」欄、被保険者口座を希望の場合は「振込金融機関の欄」へご記入下さい。(ご不明な点等ございましたら、当組合・給付課までご連絡下さい)

被保険者等の記号・番号		被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 氏 名		(フリガナ)	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	( 歳 )
被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 住 所	〒 _____ TEL _____			事 業 所 名 称	_____					
申 請 者 の 扶 養 者 の 氏 名	氏 名	_____		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	被 保 険 者 の 続 柄	_____
傷 病 名	_____		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	_____		令和 年 月 日 時頃 ※負傷の場合は場所 [ _____ ]				
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	どこで、何の為に、何をしている時、どのようにして負傷(発病)した、と詳細に記入して下さい。									
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名 称 と 所 在 地	名 称	_____								
	所 在 地	_____								
診 療 の 内 容	_____					入 院 入 院 外 の 別	入 院 入 院 外			
診 療 に 要 し た 費 用	円	診 療 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間					
還 付 を 申 請 す る 理 由 及 び 添 付 書 類	1. 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 2. 一部負担金等免除申請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ったため 4. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等への提出ができなかったため ( _____ )									
	・ 罹災証明書(写) (※免除証明書の申請時に添付している場合は不要です)					※罹災証明書をすでに提出 している・していない				
第 三 者 行 為 に よ る 負 傷 で す か	はい いいえ	その事実の 届出の有無	ある ない	第三者の氏名と住所(不明な時はその旨)						

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日
	被 保 険 者 ( 申 請 者 )	住 所	_____		
		氏 名	_____		
	代 理 人 ( 健 保 口 )	住 所	_____		
		氏 名	_____		

振 込 金 融 機 関	銀行コード	銀 行 店 番	本 店	預金種別	
	金融機関	信用金庫	支 店		
	口座番号	No.			1. 普通
	フリガナ 口座名義	_____			2. 当座

受 付 日 付 印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03(3576)3511