

国民健康保険一部負担金等還付申請書

(様式4)

被保険者証番号		記号	番号
組合員	氏名	男・女	生年月日 昭・平 . .
	住所		
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日 昭・平 . .
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	
還付を申請する理由			
<p>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</p> <p>2 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>3 その他やむを得ない理由により、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>			
振込先	(フリガナ)	口座種別	普・当
	銀行・信金 店 信組・農協 出張所	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

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。

以上申請します

令和 年 月 日

(申請者) 〒
住所

氏名

印

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿