

国民健康保険一部負担金等還付申請書（記入例）

被保険者記号	島84	番号	19-0001
療養を受けた者の氏名	双葉 太郎	性別	男・女
生 年 月 日	昭・平〇〇年〇月 〇日	世帯主との続柄	子

保険医療機関等の名称	〇〇病院	療 養 期 間	平成 23年 3月
区 分	入院・外来	支 払 額	5,000円
保険医療機関等の名称	〇〇クリニック	療 養 期 間	平成 23年 3月
区 分	入院・外来	支 払 額	650円
保険医療機関等の名称		療 養 期 間	平成 年 月
区 分	入院・外来	支 払 額	円

(還付を申請する理由)
一部負担金免除期間に療養を受けた際、やむを得ず一部負担金を支払ったため。

※病院・薬局それぞれ1カ月分をまとめて記載してください。

	金融機関名	種別	口座番号	名義人(フリガナ)	
振込 依頼 欄	銀行	本店	1234567	フタバ タロウ	
	信用金庫	支店		普通	双葉 太郎
	信用組合	支所			
	協同組合	出張所		当座	

※振込口座は、原則世帯主の口座となります。

世帯主以外の口座を希望される場合は、委任欄へ記入してください。

双葉町長 様

上記のとおり、国民健康保険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。

平成 24 年 〇 月 〇 日

申請者 住 所 双葉町大字新山字前沖 2 8

(世帯主) 氏 名 双葉 一郎 (印)

連 絡 先 0123 - 45 - 6789 (連絡のとれる番号)

原則として世帯主への振込
となりますので、振込先が
世帯主と異なる場合は委任欄
の記入が必要となります。

委 任 欄	平成 24 年 〇 月 〇 日
	委任者 住所 双葉町大字新山字前沖 2 8 氏名 双葉 一郎 (印)
	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 双葉町大字新山字前沖 2 8 氏名 双葉 太郎

(注) 還付の対象となるのは、保険診療に係る自己負担額と入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る自己負担額のみで、保険適用外の自己負担額は適用外です。