

国民健康保険一部負担金等還付申請書

被 保 険 者 記 号	島 8 4	番 号	
療養を受けた者の氏名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	世帯主との続柄	

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
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
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		
	信用金庫	支店		
	信用組合	支所		
	協同組合	出張所		
		普通 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 年 月 日

申請者 住 所 双葉町大字 _____

(世帯主) 氏 名 _____ (印)

連 絡 先 _____

委任欄	平成 年 月 日 委任者 住所 _____ 氏名 _____ (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 _____ 氏名 _____
-----	---

(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。