

一部負担金等還付申請書

届出日：令和 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	社員コード		生年月日		
					昭和・平成 年 月 日		
	被保険者氏名			事業所名		連絡先（自宅・携帯）	
	私は上記の事業所を代理人と定め、還付金の受領を委任します。 年 月 日 被保険者氏名：						
還 付 を 希 望 す る 対 象 者 に つ い て	療養を受けた方の氏名		性別	男・女		続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			年齢	満 歳	
	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	(入院・外来・調剤別に1ヶ月毎に申請してください) 入院・外来・調剤（←該当するものに○をしてください） 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	支払った一部負担金等の金額						円
還付申請理由	1. 一部負担金等の免除等を受けられることを知らなかったため 2. 一部負担金等免除証明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、医療機関等の窓口に免除証明書の提出ができなかったため (理由：)						

【申請に必要なもの】

- ・ 保険医療機関等が発行した一部負担金等の額がわかる領収書の原本

【注意事項】

健保組合確認欄			
常務理事	確認	確認	担当

・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のみです。柔道整復師、あんま、はりきゅう、マッサージ師等による施術、その他の療養費（治療用装具等）は対象外です。

--	--	--	--

- ・一部負担金等免除申請書が未提出の方は、健保組合から申請書と罹災証明書の提出をお願いします。後日、提出ください。
- ・保険医療機関等へ費用を支払った日から2年以内に申請してください。
- ・保険医療機関等からの健保負担分の請求と照合した上で還付します。

【提出先】 ≪社内便≫ 本社・MK8400（健康保険組合）・給付担当宛

≪郵送≫ 〒617-8555 京都府長岡京市東神足 1-10-1

村田製作所健康保険組合 給付担当宛