

支給決定額		支給決定日 令和 年 月 日				給付記録
療養費 (還付金)	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	入力済印
	円					

健康保険一部負担金等還付申請書

M B K 連合健康保険組合理事長 殿

被保険者証	記 号		番 号	
被保険者	氏 名		生年月日	昭・平・令 . .
療養を 受けた者	氏 名		生年月日	昭・平・令 . .
療養を受けた 保険医療機関等	名 称			
	所在地			
療養を受けた 診療月 (注1)	令和 年 月	保険医療機関等に支払った 一部負担金等の額	円	
<p>還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けて下さい)</p> <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 一部負担金等免除証明書の交付手続きが遅れたため</p> <p>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</p> <p>4 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため</p>				
<p>《受取代理人》 (注2)</p> <p>本申請に基づく給付金に関する権限を事業主 (又は代理人) に委任します。</p> <p>被保険者 氏 名 (請求者)</p> <p>事業主 事業所名称 (又は代理人) 所 在 地 代表者名</p>				

令和 年 月 日

申請者 (被保険者又は被扶養者)

住 所 (居所)

氏 名

(注1) 申請は保険医療機関ごとに1ヶ月単位で領収書等の支払を証明する書類に免除証明書 (写) を添付して提出してください。

(注2) 加入期間中の給付に関しては給付金受領を事業主に委任してください。(任意継続被保険者は除く)