

健康保険一部負担金等還付申請書

下記の通り申請します。

申請日：令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号		番号		所属
フリガナ					
被保険者氏名					連絡先
被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	- -
療養を受けた 者の氏名				続柄	
療養を受けた 者の生年月日	昭和	平成	令和	年	月 日
療養を受けた 保険医療機関等	名称				
	所在地				
療養の期間	自:令和	年	月	日	～ 至:令和 年 月 日
申請理由 (該当する番号に ○を付ける)	1. 一部負担金等を既に支払ったため 2. 一部負担金等免除申請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、保健医療機関等の窓口へ免除証明書の 提示ができなかったため 理由 ()				
保険医療機関等へ支払った一部負担金等の額					円

■ 添付書類：①領収書原本 ②一部負担免除対象者であることが確認できる書類の写し

(注意事項)

- 受診者別に、診療月毎・医療機関毎・入院／外来毎に、この申請書が1枚必要です。
- 還付金は健康保険対象の診療に限られますので、保健医療機関等から当健保へ届く明細と照合した上で支給します。診療月の3～4か月後となることをご了承ください。
- 被災状況について確認させていただくことがあります。

受付印

■ 申請書送付先：マルハン健康保険組合

〒111-0036

東京都台東区松が谷1-9-12 SPKビルディング7階701

マルハン健康保険組合