

常務理事	事務長	担当

健康保険 一部負担金等還付申請書

レゾナック健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、一部負担金等の還付を申請します。

年 月 日申請

被 保 険 者	記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所	〒 ー TEL ()		
療 養 を 受 け た 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
保 険 医 療 機 関 等 に 支 払 っ た 一 部 負 担 金 等 の 額	円			
還付を申請する理由（該当する番号を○で囲んでください。）				
1. 年 月 日以降に療養を受けた際、一部負担金を既に支払ったため 2. 一部負担金の免除等が受けられることを知らなかったため 3. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4. 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 5. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため （理由 ）				
この申請書に添付する書類				
1. 一部負担金等免除申請書（罹災証明書被災証明書の写し他）又は免除証明書の写し 2. 保健医療機関が発行した領収書又は記載された一部負担金等の額を確認できる書類				
委任状				
令和 年 月 日				
私は、本申請に基づく一部負担金等に係る還付金の受領を				
受領代理人氏名 _____ 殿に委任します。				
申請者（被保険者又は被扶養者）氏名 _____				

【留意事項】

- 本申請によるお支払いは、申請書の状況等を考慮し、被保険者が勤務する事業所の受任者とします。
(ただし、資格を喪失した者及び任意継続被保険者は除く)
- 還付申請のあった一部負担金等は医療機関から健保負担分の請求確認後となりますのでご了承ください。