常務理事	事務長	係

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者等	記　号		番　号	
被保険者	氏　名	男・女	生年月日	昭・平・令　.　.
	住　所	〒		
療養を受けた者	氏　名	男・女	生年月日	昭・平・令　.　.
療養を受けた保険医療関等	名　称			
	所在地			
療養を受けた期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			
保険医療機関等に対し支払った一部負担金等の額				

還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい）

1　一部負担金等を既に支払ったため
2　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
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に免除証明書の提出ができなかったため
（　　）

年　月　日

委　任　状

本申請に基づく一部負担金等にかかわる還付金の受領を事業主に委任いたします。

被保険者　住所

氏名

レンゴー健康保険組合理事長殿

（注）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、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

以上申請します。

年　月　日　　申請者（被保険者又は被扶養者）

住　所（居所）

氏　名

レンゴー健康保険組合理事長　殿

医療機関等の領収書（原本）を添付してください。