常務理事	事務長	担当者

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号		事業所名称	
被保険者	氏名	男・女		生年月日		
	住所					
療養を受けた者	氏名	男・女		生年月日		
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	年　月　日 ～　年　月　日					
保健医療機関等に対し支払った一部負担金等の額	円					

還付を申請する理由（該当する番号に〇を付けて下さい）

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
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
（　　）

受取代理人の欄		
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。　年　月　日 被保険者（申請者）　住所 氏名　印	
	代 理 人（事業主） 所在地 名　称　印	委任者と代理人の関係

※申請する際には領収書(原本)と免除証明書（写）または免除申請書を添付願います。

以下については免除対象外です。
●入院時の食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額（保険外併用療養費及び家族療養費に係わる食事療養及び生活療養に係わるものを含む）
●柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師・はり師、きゅう師による施術その他の療養

以上申請します。

年　月　日　　申請者
住　所
氏　名　　印

日本製紙健康保険組合　御中

受　付　印