

国民健康保険一部負担金還付申請書(令和元年台風第19号)

組合員	被保険者証 記号・番号	宮医	勤務先名称					
	1. 第1種組合員	氏名	男 ・ 女	生年月日	昭和	年	月	日
	2. 第2種組合員 (○で囲む)				平成			
	住所	TEL() -						
療養を受けた者	氏名	男 ・ 女	組合員との続柄 (例:長男)	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							
療養を受けた期間	診療月	令和	年	月	日	から	令和元年10月12日以降療養に 対し支払った一部負担金の額	※ 添付書類は罹災 証明書(写し可)、領収 書(原本)
	年 月 分	令和	年	月	日	まで	円	
還付を申請する 理由	令和元年台風第19号により、以下のいずれかに該当したため(該当する番号を○で囲む) 1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため 2 その他やむを得ない理由 (理由:)							
振込先 口座	金融機関名称	銀行	支店名	本・支店				※ ゆうちょ銀行の 場合は店番号を記入し てください (例:八一八)
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号					
	(フリガナ)							
	口座名義							

※ 入院・入院時の食費・居住費、治療用器具、柔道整復、鍼灸、あん摩・マッサージは還付対象外です。

D L

※ 申請書は医療機関ごと、暦月ごとに一枚ずつ提出して下さい。

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和 年 月 日(届出日)

第1種組合員 住所
(医師) 氏名

印

TEL () -

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

〔医師国保記入欄〕

会計常務理事	会計理事	事務長	担当者	確認	請求額	支給決定額
				<input type="checkbox"/> 罹災証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レセプト	円	円
					支給日	年 月 日