

# 国民健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証記号番号		宮医		第1種組合員 ・ 第2種組合員 ( で囲んでください)		
世帯主 (組合員)	氏名				生年月日	
	住所				昭・平 年 月 日	
療養を受けた者	氏名			男・女	生年月日	
					昭・平 年 月 日	
療養を受けた 保険医療機関等	名称				診療月 月分	
	所在地				円	
療養を受けた 保険医療機関等	名称				診療月 月分	
	所在地				円	
療養を受けた 保険医療機関等	名称				診療月 月分	
	所在地				円	
療養を受けた 保険医療機関等	名称				診療月 月分	
	所在地				円	
療養を受けた期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
療養に対し支払った一部負担金等の額			合計 円			
振 込 先	銀行		支店	預金種目	普・当・貯	口座番号
	(フリガナ)		必ずフリガナをご記入ください			
	口座名義					
還付を申請する理由 (該当する番号に をつけてください) 1. 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、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. 免除申請書の交付をうけることが遅れたため 4. 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出来なかったため ( )						

(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、一部負担金並びに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。

D L

裏面に記載のものを添付してください。

以上のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

第1種・第2種組合員

( で囲んでください)

住所

氏名

電話 ( )

宮城県医師国民健康保険組合理事長 殿

組合 使用 欄	理事	事務長	担当者	請求額	支給決定額	受付印
				円	円	
				支給日	年 月 日	

## 添付書類

1. 保険医療機関等が支払った領収証又は既に支払った一部負担金等の額を確認する書類。

2. 必要に応じた下記の書類

住家が全半壊、全半焼又はこれに準じる被災をした場合

り災証明書・被災証明書(写し可)

主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った場合

イ 主たる生計維持者が死亡した場合

り災証明書・被災証明書(写し可)

にその旨の記載がない場合は、死亡診断書

のみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師により証明書

警察の発行する死体検案書

ロ 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合

医師の診断書

主たる生計維持者の行方が不明である場合

警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの

大震災により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない場合

公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの(税務署に提出される廃業届、異動届の写し等)

事業主等による証明書(公的に発行される書類による確認が困難な場合に限る。)

原子力災害対策特別措置法(平成11年法律第156号)第15条第3項の規定による避難のための立退き若しくは屋内への

退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難若しくは退避を行なっている場合又は同法第20条第3項の

規定による計画的避難区域若しくは緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっ

ている場合

避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるもの