

(様式1)

一部負担金等 還 付 申請書

被保険者証記号番号						
被保険者	氏名		生年月日		性別	
	住所					
療養を受けた者	氏名		生年月日		性別	
	住所					
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						
保険医療機関等に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○をつけて下さい）						
1 一部負担金等減額・免除証明書を提出することができなかったため。 2 一部負担金等減額・免除証明書の交付が遅れたため。 3 一部負担金等の減免の申請をすることができなかったため。 4 その他（ ）						

上記のとおり一部負担金等の還付を申請いたします。

令和 年 月 日

尼崎機械金属健康保険組合理事長 様

被保険者 住 所
氏 名

※ 還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号					
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通・当座						
銀行コード	支店コード							
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

(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のみです。