

健康保険 被保険者
家族 一部負担金等還付申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の 記号・番号	-	事業所名			
受診者氏名		受診者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
診療を受けた医 療機関	名称 所在地				
診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
療養に要した費用の額	円 ※領収書は、原本を提出				
還付申請の理由 ※該当する項目に○	1. 一部負担金の免除等を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. 一部負担金等免除等証明書の交付を受けることが遅れたため 3. その他()				
上記により申請し、給付金の受領を私の所属する保険給付金受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 干 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 被保険者 住所 氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> </div> 明治グループ健康保険組合理事長 殿					

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
 但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の
 取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄	
-----	--

/ 健保受付印 \

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者