

申請書は月毎に1枚とし、4件以上で書ききれない場合は更に枚数を追加して提出してください。

記入例

後期高齢者医療
一部負担金等還付申請書

フリガナ	コウイキ タロウ	フリガナ	コウイキ タロウ
届出者名	広域 太郎	被保険者氏名	広域 太郎
本人との関係	本人	生年月日	大正〇〇年 〇月 〇日
連絡先電話番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7

保険医療機関等の名称	福島広域病院	療養期間	平成 23年 4月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町1-1		平成 23年 4月 30日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	44,400 円
保険医療機関等の名称	福島広域病院	療養期間	平成 23年 4月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町1-1		平成 23年 4月 30日 まで
区 分	入院・外来・その他 食事	支払額	23,400 円
保険医療機関等の名称	広域眼科	療養期間	平成 23年 4月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町2-2		平成 23年 4月 1日 まで
区 分	入院 外来 ・その他	支払額	2,000 円

(還付を申請する理由) ※申請者において該当する番号を○

- 1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、免除の要
- 2 一部負担金等の免除が受けられることを知らなかったため
- 3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため
- 4 その他やむをえない理由で、保険医療機関等の窓口に免

入院時に食事療養費がある場合は、診療費と欄を別にして記載、区分欄に**手書きで食事**と記載願います。なお、入院時の食事療養費は平成24年2月入院分までが対象となります。

保険医療機関等に支払った一部負担金等の合計額 (還付対象額を記入する。)	6 9 8 0 0	審査認定額	
		還付決定金額	

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	コウイキ タロウ
	信用組合	出張所	()	口座名義人	広域 太郎
	協同組合				
	()	0 1 2 3 0 0 1			

福島県 様

金融機関コードを記載

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金等に係る証明書類(領収書)を添えて還付を申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 氏名 広域 太郎

委任欄

年 月 日 委任者 住所

氏名

私(申請者)は本申請に基づく還付に関する受領を下記代理人に委任します。

代理人 住所

氏名

振込口座が被保険者本人以外の場合は、委任欄を記載。

被保険者が御存命の場合は、申請者欄は被保険者本人を記載。死亡している場合は、相続人を記載。

(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。