

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。

後 期 高 齢 者 医 療 一 部 負 担 金 等 還 付 申 請 書

フリガナ 届出者名	コウイキ タロウ 広域 太郎	フリガナ 被保険者氏名	コウイキ タロウ 広域 太郎
本人との関係	本人	生年月日	大正10年 1月 1日
連絡先電話番号	024- -	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 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 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 町2-2		平成 23年 4月 1日 まで
区 分	入院・ <u>外来</u> ・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
- 東日本大震災により、後期高齢者医療の被保険者が以下の
- 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除証明書の提出ができなかったため

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。

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	<input checked="" type="radio"/> 銀行	本店	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	<input checked="" type="radio"/> 信用金庫	支店		コウイキ タロウ						
	<input type="radio"/> 信用組合	出張所	(フリガナ)							
<input type="radio"/> 協同組合	()	口座名義人		広域 太郎						

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 23年 7月 1日 申請者 氏名 広域 太郎

委任欄	年 月 日 委任者住所	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。
	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。

(注) 保険医療機関等に支払った額のうち、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。