

■ 『一部負担金等還付申請』について

災害により被災された被保険者・被扶養者の皆様の医療機関窓口でご負担されている一部負担金等は、事前に被保険者の方が「一部負担金等免除証明書」の交付を受けることで、免除となります。

しかしながら、免除証明書の交付要件に該当する方で「一部負担金等免除証明書」をお持ちではなく免除期間内に保健医療機関などの窓口で一部負担金を支払われた場合には、豊田通商健康保険組合へご申請いただくことにより、一部負担金等の還付を受けることができます。申請に必要な書類は以下の通りです。

□ 提出物

1. 『一部負担金等還付申請書』

(注) 申請書は診療月ごと、1医療機関ごと(病院と薬局は別)に1通必要です。

2. 保健医療機関等が発行した領収書、または支払った一部負担金等の金額が確認できるもの

上記1、2を併せて豊田通商健康保険組合へ直接ご提出ください。

尚、申請いただきました一部負担金の還付時期につきましては、当健康保険組合に該当医療機関よりレセプト提出がされてからの還付となりますので、医療機関への受診後3か月後(目安)に給与口座へ振り込み致します。

※任意継続被保険者については、加入時に記載いただいた振込口座へ振り込み致します。

【注意事項】

- ・ 申請書は診療月ごと、1医療機関ごと(病院と薬局は別)に1通必要です。
- ・ 保健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。
(食事療養標準負担額、生活療養標準負担額、差額ベッド代は除く)
- ・ 還付申請には事項がありますので、ご注意ください。
(一部負担金を支払った日の翌日から起算して2年間)

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

一部負担金等還付申請書

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	申請日	年 月 日
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	
				生年月日	
	現住所	〒			
療養を受けた者	フリガナ			生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
療養を受けた 保健医療機関	名称				
	所在地				
療養を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
還付を申請する理由（該当する番号に✓を付けてください）					
<input type="checkbox"/> 1. 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					
<input type="checkbox"/> 2. 一部負担金等の免除証明書の交付が遅れたため					
<input type="checkbox"/> 3. その他、やむを得ない理由により保健医療機関等の窓口に免除証明書の提出が出来なかったため					
()					

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住所（居住）

氏名

印

豊田通商健康保険組合理事長 殿