

記入例

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

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024	年	4	月	1	日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××					
	1234	5678			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1	年	6	月	1
	現住所	〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××									
療養を受けた者	フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	2	年	8	月	1	日	
	氏名	健保 花子	<input type="checkbox"/> 令和								
療養を受けた 保健医療機関	名称	〇〇〇病院									
	所在地	〇〇〇県〇〇市〇〇〇町△△△番△△号									
療養を受けた期間	2024 年 3 月 15 日 ~ 2024 年 3 月 31 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 checked="" 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で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