

# 国民健康保険一部負担金等還付申請書

(様式4)

被保険者証	記号		番号	
世帯主	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
療養を受けた保険医療機関等		名称		
		所在地		
療養を受けた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
療養に対し支払った一部負担金等の額			円	
一部負担金の還付方法	1. 口座振込    2. 窓口払    (受取の詳細は裏面に記載)			
還付を申請する理由	<p>1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため</p> <p>2 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</p> <p>3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>4 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため</p> <p>( )</p>			

(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。

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)

住所

氏名

印

酒田市長 あて

1. 口座振込を希望

金融機関名	支店名	口座種類	店番・口座番号
		普通	店番
銀行・農協 金庫	本店・支店 本所・支所	当座 ( )	口座番号
口座名義人	(カタカナ)		
委任欄	委任者(世帯主) <span style="float: right;">(印)</span>		
	※委任欄は、口座名義人と世帯主が異なる場合、記入してください。		

2. 窓口払を希望

受取窓口	受取希望日
1. 酒田市役所 2. 八幡総合支所 3. 松山総合支所 4. 平田総合支所	令和 年 月 日

※窓口払を希望する場合、受取希望日は翌月末以降を記入してください。