

国民健康保険一部負担金還付申請書  
(平成26年4月以降適用分)

被保険者証	記号	み 女	番号	
世帯主	氏名	男・女	生年月日	昭平 . .
	住所			
	個人番号			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭平 . .
	個人番号			
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	年 月 日 ~ 年 月 日			
療養に対し支払 った一部負担金 の額	円			
還付申請する 理由				
1 一部負担金の免除が受けられることを知らなかったため 2 免除証明書の交付を受けることが遅れたため 3 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 ( )				

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 漁協・農協			本店・支店・本所 支所・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

(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のみです。

上記のとおり申請します。

女川町長

様

年 月 日

申請者 (世帯主)

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
住 所 \_\_\_\_\_  
連 絡 先 \_\_\_\_\_