

部門	歳出部	診療年月	金額
款	保険給付費	年 月	円
項		備考	
目			

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

健康保険一部負担金等還付申請書

記号	番号	受診者氏名	生年月日		
			昭・平 年 月 日		
被災当日の受診者住所		性別	続柄		
		男・女			
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		自：平成 年 月 日 ~ 至：平成 年 月 日			
還付を申請する理由 該当する番号に を付けて下さい	1 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 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 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5 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 (具体的理由)				
保険医療機関等に支払った一部負担金等の額			円		
上記のとおり申請いたします。			平成 年 月 日		
住友ゴム工業健康保険組合 理事長 殿					
被保険者 住所					
氏名			印		
振込先	金融機関名 (フリガナ)	店名 (フリガナ)	口座名義人 (フリガナ)	種別	口座番号
	() 銀行協 農信組	() 本店 支店	()	普通 ・ 当座	NO .

添付書類：領収書原本（コピー不可、宛名・保険診療分負担金が明記されているもの）

（注1）受診者別に、診療月毎・医療機関毎・入院/外来毎に、この請求書1枚が必要です。

（例：同月内に、内科と調剤薬局 及び 歯科 で診察を受けた場合は3枚の請求書）

（注2）災害救助法に適用された地域に住所を有する方が、災害発生日(平成23年3月11日)~平成23年6月30日までに医療機関・保険調剤薬局等で支払った一部負担金が対象です。

（注3）請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。