

健康保険一部負担金等還付申請書

被 保 険 者	氏 名			被保険者証	記 号	
	生 年 月 日				番 号	
療養を受けた者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日		
				年 月 日		
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					
保険医療機関等に対し支払った 一部負担金等の額		円				
(還付を申請する理由) 令和8年7月28日からの熊本地震による災害により、健康保険の被保険者もしくは被扶養者が次の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んでください。) 1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため 2 一部負担金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に免除証明書の提出ができなかったため ()						

以上のとおり申請します。

令和 年 月 日

キリンビール健康保険組合理事長 殿

被保険者 { 住 所 〒
氏 名

印 (自署の場合は捺印省略可)

※注意事項
医療機関の領収書(原紙)を必ず添付下さい。

- ①申請書は、各受診者毎、受診月毎、医療機関毎でご記入をお願いいたします。
- ②以下については免除対象外となります。
 - ・食事療養標準負担額、生活療養標準負担額に相当するもの
 - ・差額ベット代、健診費用など健康保険適用外のもの
 - ・柔道整復、あんま、マッサージ、はり・きゅうによる施術や装具代等
- ③還付金額の内容確認のために時間がかかる場合があります。