

健康保険一部負担金等還付申請書

被 保 険 者 証		記 号		番 号	
被保険者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所				
療 養 を 受 け た 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 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（1ヵ月毎に入院・ 外来・調剤別に申請してください）		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 入院 ・ 外来 ・ 調剤			
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（該当する番号に○を付けてください） 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 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 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 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 （ ）					

<添付書類> ・ 保険医療機関等が発行した領収書または一部負担金の額が確認できる書類
 ・ 健康保険一部負担金等免除証明書の写し

<注意事項> ・ 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、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。
 ・ 個人毎・月毎・医療機関毎・入院外来別 に本申請書を分けて提出してください。

以上申請します。

令和 年 月 日
 申請者（被保険者又は被扶養者）
 住 所（居所）
 氏 名

Ⓜ

ホンダ健康保険組合 理事長 殿

≪申請・還付ルート≫
 従業員の方： 被保険者→勤務先総務部門→健康保険組合→被保険者
 任継・特例の方：被保険者→健康保険組合→被保険者