後期高齢者医療一部負担金還付申請書

別記様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 | 　　　　－　　　　－ | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 療養を受けた保険医療機関等の名称 | 名　称 | 　別紙「受診医療機関明細」のとおり |
| 所在地 |  |
| 療養を受けた期間 |  |
| 療養に対し支払った一部負担金の額 |  |
| 還付を申請する理由(申請者において、該当する□にレ点を付すとともに、該当する番号を〇で囲んでください。)　次の災害により、後期高齢者の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。（複数回答可）　　□令和元年台風第１５号　　□令和元年台風第１９号　　□令和元年１０月２５日の大雨１　一部負担金の免除を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一部負担金免除証明書の提出ができなかったため（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

　上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

　　令和　　年　　月　　日

　　　申請者

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
| 　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　労働金庫　　　　　　　　協同組合 | 　本店　支店 | 普通当座貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| 銀行コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |

（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。

**□　申請が却下された診療年月の領収書の返却を希望します。**