

後期高齢者医療一部負担金還付申請書

届出者	広域 花子	本人との関係	子
連絡先	043-456-7890		

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ				生年月日	明 大 昭 14年10月31日		
	氏名	広域 太郎					性別	男 ・ 女	
	電話番号	043-123-4567							
	住所	〒263-0016 千葉市稲毛区天台567番地							

療養を受けた保険医 療機関等の名称	名称 所在地	別紙「受診医療機関明細」のとおり
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、該当する口にレ点を付すとともに、該当する番号を○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の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2年1月10日
 申請者

住所 千葉市稲毛区天台567番地
 氏名 広域 太郎 **広域** 電話番号 043-123-4567

還付される一部負担金の振込先口座の情報を下記に記入してください。

金融機関	支店名	預金種別	口座番号						
千葉 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 協同組合	天台 本店 支店	普通 当座 貯蓄	8	0	2	0	9	2	5
			銀行コード 0134	支店コード 987					

口座名義人	フリガナ	コウイキ タロウ	対象外となった診療年月の領収書の返却を希望する場合はレ点を付してください。
	氏名	広域 太郎	

(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

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。