

支給決定同			支給決定 令和 年 月 日		
給付金支給額	円		常務理事	事務長	担当者
給付金支給日	令和 年 月 日				
款 項 目	-	-			

健康保険一部負担金等還付申請書

診療を受けた者 個人番号を ご記入下さい。	被保険者証記号	6010	被保険者証番号	12345	枝番	67
	対象者氏名	兼松 華子	生年月日	H 10 年 3 月 3 日	続柄	妻
	診療を受けた医療機関名		××医療法人社団△○会 ○△病院			
	診療区分 (選択)	医科外来	診療に要した 費	13,000 円		
	診療を受けた期間（1ヵ月毎に診療区分別に申請してください）		自 令和 8 年 8 月 1 日～ 至 令和 8 年 8 月 31 日まで			
	還付を申請する 理由(選択)	3. 一部負担金等の免除申請をすることが出来なかったため				
4を選択した場合	理由（ ）					

兼松健康保険組合理事長殿

受 付 印

令和 8 年 9 月 7 日上記により申請します。

被保険者氏名 兼松 太朗

添付書類

- 保険医療機関等が発行した領収書（原本）・明細書（原本）又は一部負担金の額が分かる書類（原本）
- 健康保険一部負担金等免除証明書の写し

（注意事項）

- 還付対象は保険医療機関等（病院・薬局・訪問看護）の療養費の係る自己負担額です。（柔整・あんま・マッサージ・はり・きゅう等の施術、入院時生活療養費は除きます）
- 健康保険一部負担金等免除申請書の提出をしていない場合は、免除申請を同時に行ってください。既に健保組合から一部負担金等免除証明書の交付を受けている場合は、免除証明書の写しを添付ください。
- 還付申請書は、個人ごと、診療区分ごと・医療機関ごと・月ごとに一枚ずつ作成ください。
- 調剤分がある場合は、外来分とセットにして提出ください。