

後期高齢者医療一部負担金還付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号							
被 保 険 者	フリガナ						
	氏名						
	住所	〒 ー					
	生年月日		年	月	日	性別	男・女
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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
療養に対し支払った一部負担金等の額							円
振 込 先	金融機関名					支店名	
	口座種別	普通・当座				口座番号	
	口座名義						

(還付を申請する理由)

後期高齢者医療の被保険者が以下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等免除証明書の提出ができなかったため ( )

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療の一部負担金等の還付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名 ㊟

処 理 欄	市町村記入欄				広域連合記入欄	
	受付日				受付日	
	発行日				発行日	
	送付日		管理番号		送付日	