

後期高齢者医療一部負担金還付申請書

(様式2)

届出者名		本人との関係	
連絡先			

被保険者番号							
被 保 険 者	フリガナ氏名				生年月日	明・大・昭 . .	
	電話番号				性別	男・女	
	住所	〒 石川県鹿島郡中能登町					
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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
療養に対し支払った一部負担金の額							円
(還付を申請する理由) 令和6年能登半島地震により、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○で囲んで下さい。) 1 一部負担金の免除が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 ()							

石川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 石川県鹿島郡中能登町

電話番号

氏名

印

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。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通・当座	
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。