



健康保険一部負担金等還付申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号		事業所の 名 称		部・室 店 名		
	被保険者の 氏 名	シャチハタ印は使用しないで下さい。	被保険者の 住 所	〒	-		
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生		TEL	()	
	申請が被扶養者 に関するときは その者の氏名		被扶養者の生年月日	昭和 平成	年 月 日生	被保険者との続柄	
	診療を受けた 病 院 等	名称		所在地			
	診療を受けた期間	平成	年 月 日	～	平成	年 月 日	
	保険医療機関等 に対し支払った 一部負担金等の額				円	(別紙証拠書 類のとおり)	
	※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、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。						
	還付を申請する理由（該当する番号に○をつけてください）						
	1 6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2 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 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため ()						
送 金 銀 行	銀行 信金	本店 支店	口座 番号	フリガナ 口座名義			
※1）在籍者は、原則として給与口座をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。							
※2）この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。							
委 任 状	イオン健康保険組合 理事長 殿		平成 年 月 日		本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。		
	被保険者の 住 所	〒	被保険者の 氏名と印		被保険者 との関係		
	代理人の 住 所	〒	代理人の 氏名と印				
組 合 処 理 欄	査 定	支 給 額	支 給 決 定 通 知	台 帳 照 会	被 保 険 者	取 得	
		支 給 決 定 通 知	支 給 決 定 通 知	被 扶 養 者		認 定	
	支 給 決 定	支 給 決 定 伺			出 納 日 印		
	決 定 年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係	平成	

※注意事項は裏面参照

申請時の注意事項

●申請する際は、以下の書類の添付をお願いいたします。

- ① 保険医療機関等が発行した領収証又は記載された一部負担金等の額を確認する書類（原本）
- ② 「健康保険一部負担金等免除申請書」（「健康保険一部負担金等免除証明書」をお持ちでない場合）

※「健康保険一部負担金等免除申請書」を添付する際は、場合に応じて、以下の書類の添付をお願いいたします。

1 住家が全半壊もしくは全半焼した場合

■ 罹災証明書・被災証明書の写し（罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮説住居入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に関する書類）

2 主たる生計維持者が死亡若しくは重篤な傷病を負った場合

- i 罹災証明書・被災証明書の写し
- ii iにその旨の記載がない場合は、死亡診断書の写し
- iii iiのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書の写し
- iv 警察の発行する死体検案書の写し
- v 埋葬許可証の写し
- vi 罹災により一か月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書等の写し

※ 主たる生計維持者との関係が不明である場合（下記ア、イの両方をご提出ください）

ア 世帯全員の住民票の写し

イ 生計維持関係が判明できるもの（所得証明書、直近3ヵ月分の給与明細等）の写し

3 主たる生計維持者の行方が不明である場合

■ 警察等に行方不明者にかかる届出をしていることが確認できるもの

4 長期避難世帯である場合

■ 市町村が発行した「長期避難世帯に該当する旨の証明書」の写し

5 原子力災害対策特別措置法（平成11年法律第156号）第15条第3項の規定による避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難又は退避を行っている場合、若しくは法第20条第3項の規定による計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている場合

■ 避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるもの