

国民健康保険一部負担金還付申請書

国保関係

被保険者証	記 号	美 里	番 号	
世 帯 主	フリガナ		生 年 月 日	昭・平 . .
	氏 名		電 話 番 号	
	性 別	男 ・ 女	住 所 〒 熊本県下益城郡美里町	
療養を受けた者	フリガナ		一部負担金の額	円
	氏 名		生 年 月 日	昭・平 . .
	性 別	男 ・ 女	一部負担金の額	円
	フリガナ		生 年 月 日	昭・平 . .
	氏 名		一部負担金の額	円
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭・平 . .
	フリガナ		一部負担金の額	円
	氏 名		生 年 月 日	昭・平 . .
性 別	男 ・ 女	一部負担金の額 (世帯合計額)	円	
診 療 年 月	平成 年 月 分		高額療養費支給 済額・決定済額	円
(還付を申請する理由) 熊本地震により、国民健康保険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 ()				

(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。

美里町長 上 田 泰 弘 殿

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。

平成 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

(世帯主)

電話番号

()

⑧

-