

新潟県後期高齢者医療一部負担金等還付申請書

被保険者	被保険者番号	生年月日	年 月 日
	氏 名	性別	男・女
療養を受けた保険医療機関等の名称 ※1		※1, 2 療養を受けた保険医療機関等（保険薬局含む）が、2か所以上の場合は別紙に記入してください。 ※3 領収書が2枚以上の場合は合計額を記入してください。	
療養を受けた期間 ※2			
療養に対し支払った一部負担金等の額 ※3			
還付申請理由	1. 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等の免除の要件に該当していたが、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を受けることが遅れたため 4. 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（ ）		

(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並びに入院時食事療養費及び入院時生活療養費にかかる標準負担額のみです。

振込口座	口座振替金融機関		預金種別
	銀行・信用金庫	本店	1 普通
	信用組合・労働金庫	支店	2 当座
	農協	出張所	3 貯蓄
口座番号		口座名義人 (カタカナ)	

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり療養に対し支払った一部負担金等の還付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 (被保険者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

委任状欄	一部負担金等還付の受領を下記の者に委任します。 平成 年 月 日	
	委任する人	氏名 _____ 印
	委任を受ける人	郵便番号 _____
		住所 _____
		氏名 _____ 印
	被保険者との関係 _____	電話番号 _____

一部負担金等を支払った額

被保険者氏名 _____

療養を受けた保険 医療機関等の名称	療養を受けた期間 ※注1	療養に対し支払った 一部負担金等の額	領収書の枚数 ※注2
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	_____円	(紛失 枚 枚)
合 計 金 額		_____円	

- ※注1 保険医療機関ごとに1行記入してください。
複数月分を記入する場合、保険医療機関ごと・診療年月ごとに1行記入してください。
- ※注2 添付した領収書枚数と、() 内には紛失した領収書の枚数を記入してください。