

一部負担金等還付申請書

組合員証番号				組合員氏名				住 所			
				(フリガナ)				郵便番号 昼間連絡先TEL			
組 合 員 生 年 月 日				(和暦)				所 属 局 部 (課) 名			
				年 月 日 生							

申請内容記入欄												
1	療養を受けた者の氏名				(フリガナ)				療養を受けた者の 生年月日		(和暦) 年 月 日生	
	療養を受けた保険医療機関 又は薬局名及びその所在地、 連絡先				名称				電話番号			
					所在地							
療養を受けた期間				(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで				保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額		円		
2	療養を受けた者の氏名				(フリガナ)				療養を受けた者の 生年月日		(和暦) 年 月 日生	
	療養を受けた保険医療機関 又は薬局名及びその所在地、 連絡先				名称				電話番号			
					所在地							
療養を受けた期間				(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで				保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額		円		
3	療養を受けた者の氏名				(フリガナ)				療養を受けた者の 生年月日		(和暦) 年 月 日生	
	療養を受けた保険医療機関 又は薬局名及びその所在地、 連絡先				名称				電話番号			
					所在地							
療養を受けた期間				(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで				保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額		円		

(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、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。なお、当該標準負担額は平成23年8月31日までの療養となっています。

還付を申請する理由(下記の該当する番号に○を付けてください)											
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 (やむを得ない理由:)											

送金先	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
-----	--------	--------	-----------------------------------

添 付 書 類

保険医療機関等が発行した「領収書」等の支払った一部負担金等の金額が確認できる書類(原本)

上記のとおり申請します。

日本郵政共済組合 様	申請者	郵便番号
(和暦)	(組合員)	
年 月 日		住 所
		氏 名 ⑩

組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます

共済組合 処理欄	受付		審査	1	2		決定額	

一部負担金等還付申請書

組合員証番号								組合員氏名			住 所		
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ)	キョウサイ タロウ		郵便番号	000-0000	
									共済 太郎		昼間連絡先TEL	〇〇県〇〇市△△〇-〇-〇 00-0000-0000	
組 合 員 生 年 月 日								(和暦)	昭和 〇 年 12 月 13 日生		所 属 局 部 (課) 名		
								〇〇郵便局 〇〇部					

申請内容記入欄								
1	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	キョウサイ ハコ 共済 花子		療養を受けた者の 生年月日	(和暦)	令和 〇 年 2 月 20 日生	
	療養を受けた保険医療機関 又は薬局名及びその所在地、 連絡先	名称	〇〇医院		電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
		所在地	〇〇県〇〇市△△〇-〇-〇					
療養を受けた期間	(和暦)	令和 〇 年 4 月 4 日から 令和 〇 年 4 月 4 日まで		保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額	2,000 円			
2	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	キョウサイ ハコ 共済 花子		療養を受けた者の 生年月日	(和暦)	令和 〇 年 2 月 20 日生	
	療養を受けた保険医療機関 又は薬局名及びその所在地、 連絡先	名称	〇〇医院		電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
		所在地	〇〇県〇〇市△△〇-〇-〇					
療養を受けた期間	(和暦)	令和 〇 年 4 月 4 日から 令和 〇 年 4 月 4 日まで		保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額	1,000 円			
3	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	キョウサイ タロウ 共済 太郎		療養を受けた者の 生年月日	(和暦)	昭和 〇 年 12 月 13 日生	
	申請する療養について領収書等が 4件以上の場合は、お手数ですが、 この申請書を複数枚作成してくだ さい。	名称	〇〇歯科		電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
		所在地	〇〇県〇〇市△△〇-〇-〇					
療養を受けた期間	(和暦)	令和 〇 年 4 月 11 日から 令和 〇 年 4 月 11 日まで		保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等 の額	1,500 円			

(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、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。なお、当該標準負担額は、申請書の「療養を受けた期間」欄に記載の期間に適用されます。

記入漏れがないように注意してください。

領収書等の請求額欄等の医療支払い金額欄を記入してください。

還付を申請する理由(下記の該当する番号に○を付けてください)

- 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免除証明書の提出ができなかったため
- (やむを得ない理由:)

送金先	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
-----	--------	--------	-----------------------------------

添 付 書 類

保険医療機関等が発行した「領収書」等の支払った一部負担金等の金額が確認できる書類(原本)

上記のとおり申請します

領収書の添付漏れがないよう注意してください。

(和暦)
令和 〇 年 〇 月 〇 日

避難所等で生活されているかたにつきましては、共済センターからの送付物が確実に届く住所を、この申請書の下部「申請者の住所」欄に記入してください。

この申請書の右上の「住所」欄には、本来の居住地住所を記入してください。

申請者
(組合員)

郵便番号

000-0000

住 所

〇〇県〇〇市△△〇-〇-〇

氏 名

共済 太郎

印

組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます

共済組合 処理欄		決 定 額	
-------------	--	-------	--