

自立支援医療（精神通院医療）一部負担金等還付申請書

(能登半島地震)

受給者氏名		生年月日	
受給者証番号			
受診日	添付領収書のとおり		
受診医療機関名	添付領収書のとおり		
療養に対し支払った一部負担金等の額	添付領収書のとおり		
(い) 還付申 (れ) 請求理 (か) 理由 (に) 由 (○)	1. 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. その他 ()		

(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。

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

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。

(あて先) 新潟市長

令和 年 月 日

申請者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印) (自署の場合は押印不要)

電話番号 _____

【委任状欄については、受給者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。】

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。	令和 年 月 日
	委任を受ける方	
	〒 _____ 住 所 _____	
	氏 名 _____ 電話番号 _____	
	受給者との関係 _____	