

新潟県後期高齢者医療一部負担金等還付申請書

(能登半島地震)

被保険者番号		生年月日	
被保険者氏名			
療養を受けた期間	添付領収書のとおり		
療養を受けた保険医療機関等	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		
還付申請理由	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 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。

なお、高額療養費に返還すべき額が生じる場合については、一部負担金等の差額から相殺することに同意します。

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

申請者 (被保険者) 〒 _____

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、申請者 (被保険者) 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 _____	
	被保険者との関係 _____	