健康保険 一部負担金免除証明申請書

令和 年 月 日				
保険証	記号	番号	申請理由	
被保険者	氏名		事業所	名称
	生年月日	昭平令 年 月 日		所在地
免除対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭平令 年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者・免除対象者住所				

上記のとおり、健康保険 一部負担金免除証明書の交付を申請します。

【申請方法】 太枠内のみ記入し、直接当健康保険組合に提出してください。

〒140-0002

東京都品川区東品川1丁目39番20号

シナネン健康保険組合

【添付書類】 罹災(被災)証明書(写)を添付してください。

受付

健康保険 一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号	
事業所 (会社)	名称			
	所在地	〒 TEL		
被保険者	氏名			
	住所	〒 TEL		
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
療養を 受けた者	氏名			
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
療養を受けた 保険医療機 関等	名称			
	所在地	〒		
療養を受けた 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
保険医療機関等に対し 支払った一部負担金の額		円		
還付申請する理由(該当する番号に○を付けて下さい。)				
1	月 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	一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため			
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免除証明書の提出ができなかったため ()			

令和 年 月 日

申請者 (被保険者又は被扶養者)

住 所(居所)

氏 名