国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証	記　号		番　　号	
世　帯　主	氏　名		生年月日	昭和 平成　　．　．
	住　所	〒（　　－　　）　　TEL　　（　　）		
療養を受けた者	氏　名		生年月日	昭和 平成 令和　　．　．
療養を受けた保険医療機関等	名　称			
	住所地			
療養を受けた期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日			
療養に対し支払った一部負担金の額	円			

（還付を申請する理由）
令和6年能登半島地震により、国民健康保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。（申請者において該当する番号を〇で囲んでください。）

1. 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため
2. 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため
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に一部負担金免除証明書の提出ができなかったため

（　　）

（あて先）内灘町長

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（世帯主）
住　　所
氏　　名
電話番号　（　　）　　－

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号等 左詰記載してください				
口座名義人 （カタカナ）				

注意　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。