国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者番号	記　号	益城	番　号	
世帯主	フリガナ		生年月日	昭・平 令　．　．
	氏　名			
	住　所	益城町大字		
療養を受けた者	フリガナ		生年月日	昭・平 令　．　．
	氏　名	別紙のとおり		
療養を受けた保険医療機関等	名　称	別紙のとおり		
	所在地	別紙のとおり		
療養を受けた期間	令和　年　月から令和　年　月まで			
療養に対し支払った一部負担金の額	別紙のとおり　円			

（還付を申請する理由）

令和８年熊本地震により、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下さい。）

１　一部負担金の免除の要件に該当していたが、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

（　　）

益城町長　様

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

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。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通・当座	
カナ名義			

（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。