

後期高齢者医療一部負担金還付申請書

(様式2)

後期関係

被保険者番号				
被 保 険 者	氏 名		生年月日	
	住 所		性別	
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 ~ 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)

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

石川県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

電話番号

住所

氏名

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						
銀行コード		フリガナ						
口座名義人	氏 名							

(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。