

理事長	常務理事	事務長	担当	台帳登録	支給伝票	支給年月日	支給決定額
							円

国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証号 記号・番号	岡302・							診療分	平成	年	月	診療分
組 合 員	氏 名						生年月日	年 月 日				
	性 別	男 ・ 女					電話番号					
	住 所	〒										
療養を受けた者	氏 名						生年月日	年 月 日				
	性 別	男 ・ 女					電話番号					
療養を受けた 保険医療機関	名 称											
	住 所	〒										
療養を受けた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 (日間)											

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

(申請者において、該当する番号を○で囲んでください。)

平成30年7月豪雨により、被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。

- 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。

岡山県医師国民健康保険組合 理事長 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。

平成 年 月 日

〒

組 合 員 住 所
氏 名

(印)

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別	1. 普通	2. 当座	口座名義人(カナ)	
	口座番号			口座名義人(漢字)	

※ 一部負担金の受領方を委任する場合は、下記「受領委任記入欄」に記入してください。

受領委任記入欄	上記、一部負担金受領に関する権限を、下記代理人に委任します。
	<p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
受領委任記入欄	<p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">代 理 人 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>

● 申請する際は、必要に応じた書類を添付してください。(裏面参照)

● 申請する際は、必要に応じて以下の書類を添付してください。（すでに提出されていれば添付不要）

- ① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした場合
罹災証明書
- ② 主たる生計維持者が死亡した場合
死亡診断書、警察の発行する死体検案書
- ③ 主たる生計維持者が重篤な傷病（※）を負った場合
医師の診断書 ※1ヶ月以上の治療を有すると認められるものをいう。
- ④ 主たる生計維持者の行方が不明である場合
警察に提出した行方不明の届出の写しなど
- ⑤ 主たる生計維持者が業務を廃止、又は休止した場合
公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの
- ⑥ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない場合
雇用保険の受給資格証、事業主等による証明