

健康保険一部負担金等還付申請書(平成28年熊本地震)別紙

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名	
-------	----	--	----	--	--------	--

療養を受けた方の情報	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無
	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無
	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無
	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無
	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無
	療養を受けた方の氏名と生年月日	療養を受けた保険医療機関等 ①		療養を受けた期間	一部負担金額※	領収書の添付の有無
		名称		平成 年 月 日 から		有・無
	昭・平 年 月 日	所在地		平成 年 月 日	円	有・無

注意事項

この様式は「健康保険一部負担金等還付申請書(平成28年熊本地震)」の申請の際、「療養を受けた方の情報」の記入欄が足りない場合にご利用いただけません。