

船員保険一部負担金等還付申請書

被保険者証の記号番号(番号は左づめで記入)		船舶所有者 の名称及び 所在地		名称 所在地
記号	番号			
被保険者の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
療養を受けた方の氏名および生年月日	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
一部負担金等を支払って療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称および所在地	名称	所在地		
一部負担金等を支払って療養を受けた期間	月 日から 月 日まで 日間	月 日から 月 日まで 日間	月 日から 月 日まで 日間	
入院・通院の別	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院	
の期間で に支払った一部負担金等の額	円	円	円	円

還付申請をする理由(該当する番号に を付けて下さい)

- 1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため
- 2 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため
- 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため
- 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため
- 5 その他やむを得ない理由により、病院等の窓口の一部負担金等免除証明書の提出ができなかったため
{
 - 具体的に記入してください。}

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者(申請者)

住所(居所)	〒					
		都道 府県				
氏名	Ⓜ					
電話番号						

全国健康保険協会船員保険部長 殿

振込希望 口座	銀行・信金・信組				店・本店 支店・出張所
	信連・信漁連 農協・漁協				本所・支所 本店・支店
預金種別	1:普通 2:当座 4:貯蓄	5:未振 9:その他	口座番号	口座名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	被保険者(申請者)住所	氏名		
	代理人の住所	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	
代理人の住所	〒		電話	()

この申請書には、還付を受けようとする一部負担金等の領収書(原本)を添付してください。
 このほか、注意事項が裏面に記載してありますので、ご確認ください。

(注意事項)

- 1 この申請書は、一部負担金等の免除を受けられる方が一部負担金等を支払って療養を受けた場合に提出してください。
- 2 太線枠の中(療養を受けた方の氏名、病院名など)は、医療機関別・個人別に記入してください。なお、記入欄が足りない場合は、申請書をコピーするなどして複数枚に分けて記入し、バラバラにならないようにホッチキスなどで綴じて提出してください。その際、2枚目以降は太線枠内以外の部分を記入する必要はありません。
- 3 病院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、入院時食事療養費および入院時生活療養費にかかる標準負担額のみです。差額ベッド代などは還付の対象となりません。
- 4 この申請書には、一部負担金等免除証明書の写しを添付してください。一部負担金等免除証明書の交付申請を行っていない場合は、一部負担金等免除申請書をあわせて提出してください。
- 5 この申請書には、還付を受けようとする一部負担金等の領収書(原本)を添付してください。
- 6 申請者の住所(居所)欄には郵便物を受け取れる住所を記入してください。また、電話番号は日中に連絡可能な番号を記入してください。
- 7 還付金の受領について、申請者(被保険者)の名義以外の口座への振込を希望される場合は、受取代理人の欄を忘れずに記入してください。