

記入例

申請書は月毎に1枚とし、4件以上で書ききれない場合は更に枚数を追加して提出してください。

様式第6号（第11条関係）

東日本大震災に係る後期高齢者医療一部負担金還付申請書

フリガナ	コウイキ タロウ	フリガナ	コウイキ タロウ
届出者名	広域 太郎	被保険者氏名	広域 太郎
本人との関係	本人	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
連絡先電話番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者番号	0   1   2   3   4   5   6   7

保険医療機関等の名称	福島広域病院	療養期間	平成24年 2月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町1-1		平成24年 2月29日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	44,400 円
保険医療機関等の名称	福島広域病院	療養期間	平成24年 2月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町1-1		平成24年 2月29日 まで
区 分	入院・外来・その他 <b>食事</b>	支払額	23,400 円
保険医療機関等の名称	広域眼科	療養期間	平成24年 2月 1日 から
保険医療機関等の所在地	福島市〇〇町2-2		平成24年 2月 1日 まで
区 分	入院・ <b>外来</b> ・その他		2,000 円

(還付を申請する理由) ※申請者において該当する番号を○で囲む

東日本大震災により一部負担金支払の免除の対象となる被保険者であること  
 ① 一部負担金支払の免除が受けられることを知らなかった  
 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 その他やむをえない理由で、保険医療機関等の窓口に通った

入院時に食事療養費がある場合は、診療費と欄を別にして記載、区分欄に**手書きで食事と**記載願います。  
 なお、入院時の食事療養費は**平成24年2月入院分まで**が対象となります。

保険機関等に支払った 一部負担金の合計額 (還付対象額を記入する。)	6	9	8	0	0	審査認定額								
							還付決定金額							

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 福島 支店 出張所	普通 当座 ( )	口座番号	0	1	2	3	4	5	6				
				(フリガナ)	コウイキ タロウ										
				口座名義人	広域 太郎										

福島県後期高齢者医療広域連合長

金融機関コードを記載。

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金支払に係る証明書類（領収書）を添えて還付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 氏名 広域 太郎

被保険者が存命の場合は、申請者欄は被保険者本人を記載。  
 死亡している場合は、相続人を記載。