

第1号様式(第4条関係)

国民健康保険一部負担金等還付申請書

被 保 険 者 証	記 号	43	番 号	
世 帯 主	氏 名		生 年 月 日	大・昭・平 . . .
	性 別	男 ・ 女	電 話 番 号	
	住 所	南房総市		
療 養 を 受 け た 者 (複数名の場合は裏面に 記入してください。)	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 . . .
	性 別	男 ・ 女	電 話 番 号	
療 養 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 等	名 称	別添領収書等のとおり		
	所 在 地	別添領収書等のとおり		
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 等 の 額				円
(還付を申請する理由) 以下の災害により、国民健康保険の被保険者が一部負担金等免除対象となったが、医療機関等の窓口で一部負担金等を既に支払ったため。(該当する災害にチェックをつけてください。)  【 <input type="checkbox"/> 台風第15号 <input type="checkbox"/> 台風第19号 <input type="checkbox"/> 令和元年10月25日大雨    】				

南房総市長 宛

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金等の還付を申請します。  
 なお、還付金は下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)

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	支店コード					
口座名義人	フリガナ					
	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。

(別記) 療養を受けた者

フリガナ 氏名	生年月日	性別	電話番号
	昭・平・令 . .	男・女	
	昭・平・令 . .	男・女	
	昭・平・令 . .	男・女	
	昭・平・令 . .	男・女	
	昭・平・令 . .	男・女	

代理人選任届

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険一部負担金等の受領に係る一切の権限を委任しましたので届けます。

ただし、この代理人は、本日申請した事項に限り委任しましたので申し添えます。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ (印)

記

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※相続人に振込む場合

申立書

(被相続人) 住 所 \_\_\_\_\_ 番地

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

死 亡 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、上記の者の相続人であり、上記の者に係る国民健康保険一部負担金等の還付申請及び受領に関することについて行うことを申し立てます。

なお、この件に関し南房総市に迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

(相続人) 住 所 \_\_\_\_\_ 番地

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

続 柄 \_\_\_\_\_