

平成30年北海道胆振東部地震後期高齢者医療一部負担金等還付申請書

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名								
	住所	〒 ー							
	生年月日	年	月	日	性別	男・女			
療養を受けた保険医療機関等	名称								
	所在地								
療養を受けた期間	平成	年	月	日	～	平成	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) 平成30年北海道胆振東部地震により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。(該当する番号を○で囲んでください。) 1 平成30年12月31日以前に療養を受けた際、一部負担金等の減免の要件に該当していたが、一部負担金等を既に支払ったため 2 一部負担金等の減免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を受けることが遅れたため 4 その他やむを得ない理由により、保険医療機関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 ()									
北海道後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、後期高齢者医療の一部負担金等の還付を申請します。 平成 年 月 日 申請者 氏名 印									

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 ()	本店・本所 支店・()	預金種別	普通 当座 ()
口座名義人 (カタカナ)				
口座番号等 左詰めで記載	金融機関(ゆうちょ銀行以外)			
	ゆうちょ銀行 ※振込用の店番(3桁)・口座番号(7桁)が必要です	店番	口座番号	

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。