

(様式1号)

記載例

長野市国民健康保険一部負担金還付申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

下記のとおり関係書類を添えて一部負担金の
還付を申請します。

令和元年
台風第19号災害用

郵便番号を記入

申請年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
(請求者・委任者) 世帯主住所氏名 及び保険証 記号番号など	〒	□□□□□□□□	長野市 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	記号 番号	長 ー 1 2 3 4	世帯主 氏名 長野 太郎
(還付を申請する理由)		該当理由をチェック	
<input type="checkbox"/> 令和元年台風第19号により、長野市国民健康保険の加入者が、一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため。		電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
<input type="checkbox"/> その他の理由 ()			

※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入して下さい(例:一一八など)

振込先 金融機関	〇〇〇〇	銀行・農協・信用金庫・信用組合・金庫	〇〇〇	支店・支所
	口座番号	フリガナ	ナガノ タロウ	
	1 2 3 4 5 6 7	口座 名義人	長野 太郎	

世帯主名義の口座以外に振込依頼をする人は次に記入して下さい。

委任状	私(世帯主)は、申請により支給される一部負担金還付金の受領を次の者に委任します。		委任者印 (世帯主)
	受任者名 (口座名義人)	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ, 氏名 長野 花子	
	電話 (000) 0000-0000		

療養を受けた被保険者の氏名	療養を受けた 保険医療機関等	療養を受けた期間	令和元年10月12日以降 療養に対して支払った 一部負担金の額	市職員 確認印
<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ, 昭平・令 35年 1月 2日	〇〇〇〇病院	令和元年10月12日から 令和元年10月31日まで	円	
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ, 長野 花子 昭平・令 36年 7月 8日	〇〇〇〇病院	令和元年10月12日から 令和元年10月31日まで	円	
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ, 長野 花子 昭平・令 36年 7月 8日	〇〇〇〇病院	令和元年11月12日から 令和元年11月30日まで	円	
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ, 昭平・令 年 月 日		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	円	

※ 入院時の食事療養費、生活療養に係る標準負担額、柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術に係る一部負担金及びコルセットなどの補装具代その他保険診療外の費用(差額ベッド代等)は免除対象外です。

※ 修正・訂正がある場合は二重線を引き、訂正印を押してください(修正液等不可)。

(国民健康保険課・確認欄)

保険区分	資格確認	領収書確認	罹災証明書等確認	市税等減免申請確認	レセプト確認	支給決定額
一般・退職						円