様式第5号(第8条関係)

令和元年台風第19号災害後期高齢者医療一部負担金等還付申請書

主たる生計維持者 氏　名		申請者と被保険者 との関係	
主たる生計維持者 住　所		主たる生計維持者 電話番号	

保険者番号	3	9	2	0	2	0	1	5
被保険者 番　号								

被保険者	フリガナ 氏　名		生年月日	明・大・昭　・　・
	電話番号		性　別	男　・　女
	住　所	〒		
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	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)

令和元年台風第19号により、後期高齢者の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。)

1　一部負担金等の免除が受けられることを知らず、一部負担金等を既に支払ったため

2　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

3　その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口に一部負担金等免除証明書の提出ができなかったため

(　　)

長野県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

令和　　年　　月　　日

申請者

住　所　　電話番号

氏　名　　印

還付される一部負担金等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等のみです。

窓口(支所ほか)	高齢者活躍支援課　確認欄							
本人確認欄	領収書	罹災証明	他の証明	減免申請	福祉医療	委任状	送付先	入力日