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		電話番号	

主たる生計維持者等については、**記載不要です**。

記入例

保険者番号	3	9	2	0	2	0	1	5
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7

被保険者	フリガナ 氏　名	後　期　太　郎	大・昭 10・2・22
	電話番号	○○○－○○○－○○○	男・女
	住　所	○○○○○○○○○○	
療養を受けた保険医療機関等	名　称	□□□□病院 ほか	
	所在地	□□□□□□□□□□	
療養を受けた期間	令和 1 年 10 月 15 日 ～ 令和 1 年 10 月 18 日		
		6,000 円	

複数の場合は、どれか１つを記載して、名称の後は「～ほか」と記入します。

金額は、複数ある場合は合計金額を記入します。

令和２年１月診療分までは、「１」を選択して、○をします。

当該月の還付申請件数が１件であれば、始めの箇所の日付欄のみ記入します。複数の場合は、始めと最後の診療日を記入します。

令和[illegible]第19号により、後期高齢者の被保険者[illegible]に
おい[illegible]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、[illegible]
2　一部負担金等免除証明書の交付を受けることが[illegible]
3　その他やむを得ない理由により、保険医療機関等[illegible]
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[illegible]

令和 1 年 12 月 24 日

申請者

住　所　○○○○○○○○○○　電話番号　○○○－○○○－○○○○

氏　名　後　期　太　郎　後期印

申請者は、原則、被保険者（代筆可）です。被保険者が死亡している場合は、相続人になります。

押印必須

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
後期高齢 銀行・信金・農協・信組	後期高齢 支店・本店	普通・当座	右詰め　1 2 3 4
銀行コード　１１１	支店コード　２２２		
口座名義人	フリガナ	コウキ　タロウ	
	氏　名	後　期　太　郎	

（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