様式第５号(第 11 条関係)

国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証	記号：　氷　川		番号：
療養を受けた者の氏名等	氏　名	昭・平・令　　年　　月　　日生	
療養を受けた保険医療機関等	名　称		
療養を受けた期間	年　　月　　～　　年　　月		
療養に対し支払った一部負担金(還付申請額)	円		

(還付を申請する理由)

令和８年熊本地震により、国民健康保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。
(該当する番号を〇で囲んで下さい。)

１　一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金等を既に支払ったため
２　一部負担金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免除証明書の提出ができなかったため

(　　)

氷川町長　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。

年　　月　　日

申請者(世帯主)
- 住所
- 氏名

窓口に来た人
- 氏名　　(続柄：　　)
- 電話番号　　―　　―

※還付される一部負担金等の振込先口座（世帯主名義）の情報を記入してください。

還付先金融機関	金融機関名	銀行・信金 農協・信組	種 別	普 通 ・ 当 座
	支　店　名	支店・本店 支所	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
口座名義人(カタカナ)				

※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。