様式第５号（第11条関係）

熊本地震後期高齢者医療一部負担金還付申請書

被保険者	被保険者番号		生年月日	年　月　日	
	氏　名		性別	男 ・ 女	
療養を受けた期間		令和　年　月 から 令和　年　月まで			
療養を受けた保険医療機関等		別紙のとおり			
療養に対し支払った一部負担金の額		別紙合計金額のとおり			
還付申請理由		１．一部負担金の免除の要件に該当していたが、一部負担金を既に支払ったため ２．一部負担金の免除が受けられることを知らなかったため ３．一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため 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に一部負担金免除証明書の提出ができなかったため（　　）			

（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医療費に対する一部負担金のみです。

振込口座	金　融　機　関		預金種別
	銀　行・信用金庫 信用組合・労働金庫・協同組合	本　店 支　店・出張所	１　普通 ２　当座 ３　貯蓄
	銀行コード	支店コード	
	口　座　番　号	口座名義人（カタカナ）	

（あて先）熊本県後期高齢者医療広域連合長

上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　年　月　日

申請者（被保険者）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

委任状については、被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

委任状欄	一部負担金還付の受領を下記の者に委任します。　令和　年　月　日 委任する人（被保険者）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ 委任を受ける人　郵便番号＿＿＿＿＿＿ 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ 被保険者との関係＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿

［届出者名］＿＿＿＿＿＿＿＿　［本人との関係］＿＿＿＿＿＿＿＿　［連絡先］＿＿＿＿＿＿＿＿