

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								
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の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。