

様式第6号（第11条関係）

後期高齢者医療一部負担金還付申請書

フリガナ		フリガナ	
届出者名		被保険者氏名	
本人との関係		生年月日	年 月 日
連絡先電話番号		被保険者番号	

保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円

（還付を申請する理由）※申請者において該当する番号を○で囲んでください。
 令和元年台風第19号により被災し、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。

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

保険機関等に支払った 一部負担金の合計額 （還付対象額を記入する。）		審査認定額	
		還付決定金額	

振 込 先 ()	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所 	普通 当座 ()	口座番号	
				(フリガナ)	
				口座名義人	

福島県後期高齢者医療広域連合長
 上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金に係る証明書類（領収書）を添えて還付を申請します。
 年 月 日 申請者 氏名 _____ ㊞