

シャープ健康保険組合理事長殿

健康保険一部負担金等還付申請書

◎申請の際には領収書(原紙)と罹災証明書(写)を必ず添付してください。

※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

《提出日》

年 月 日

被保険者記号・番号		被 保 険 者 氏 名		所 属 名	
記号	番 号			勤務地()	
				所属名	
				マルチ 8- -	
住 所	〒				
受診者	氏名			生年月日	
住 所	〒				
(別居家族のみ記入)					
受診した 医療機関	名称				
	所在地				
受診した日	年 月 日 ~		年 月 日		
医療機関に支払った金額					
還付を申請する理由	(免除されることを知らなかったなど)				
上記の通り一部負担金等を支払いましたので、還付申請いたします。					

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用の目的の範囲内で取り扱います。

健保受付印