

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

**令和元年台風第19号により被災した被保険者に係る
國民健康保険一部負担金還付申請書**

被保険者証 記号・番号	記号番号	診療月	令和 年 月 診療分
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
組合員との続柄	1 本人 2 家族 3 その他 ()		
受診した 医療機関等	名称		
	所在地		
	医師・歯科医師・薬剤師名		
療養期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
療養に対し支払った一部負担金の額	円		
申請理由	令和元年台風第19号により被災した被保険者は一部負担金の免除を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		
振込先口座	銀行・信金 労金・農協		本店・支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
上記のとおり、領収書を添えて申請します。			
令和 年 月 日	元		
第一種組合員	住所		
特別組合員			
第二種組合員	氏名		
印			
長野県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※申請は診療月ごとに、受診した医療機関等ごとに1枚ずつ提出してください

組合使用欄

給付割合	割	一部負担金免除 理事会承認日	令和 年 月 日
支給額	円	支払日	令和 年 月 日