

一部負担金等還付申請書

種 別	登 録 番 号

組 合 員 番 号		所 属 所 名	
組 合 員	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	住 所		
療養を受けた者	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
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	年 月 日 ~ 年 月 日		
保険医療機関等に対し支払った 一 部 負 担 金 等 の 額		円	
還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい）			
1 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 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一部負担金に係る標準負担額のみです。 以上申請します。 年 月 日 申請者（組合員又は被扶養者） 住所（居所） 氏 名 ㊞ 組合員との続柄（ ） * 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。 退職者の場合 自宅の電話番号 （ ） 東京都職員共済組合理事長 殿			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		共 済 組 合 受 付 印	
年 月 日			
所属所長	職 名		
	氏 名	印	

● 太線枠内を記入してください

共済組合
決定欄

課 長

課長代理

担 当

[添付書類]

- 「一部負担金等免除申請書（原本）」又は「一部負担金等免除証明書（写）」
- 「領収書（原本）」又は「一部負担金等の額を確認することができる書類（原本）」
- 「口座振込依頼書」：組合員本人が亡くなった場合又は行方不明になった場合