一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	昭・平　年　月　日
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令　年　月　日

療養を受けた保険医療機関等①		療養を受けた期間	一部負担金額※	
名 称		令和　年　月　日 から 令和　年　月　日	円	
所在地			領収書の添付	有・無
療養を受けた保険医療機関等②		**療養を受けた期間**	**一部負担金額※**	
名 称		令和　年　月　日 から 令和　年　月　日	円	
所在地			領収書の添付	有・無
療養を受けた保険医療機関等③		**療養を受けた期間**	**一部負担金額※**	
名 称		令和　年　月　日 から 令和　年　月　日	円	
所在地			領収書の添付	有・無

還付を申請する理由

災害救助法の適用地域の住民であり、

住家が｛全壊又は大規模半壊 / 半壊・床上浸水｝したため

災害救助法の適用地域

都道府県

市区町村

※入院時の差額ベッド代、食事・居住費等、柔道整復、あんま・マッサージ・鍼灸は還付の対象となりません。

※還付金の支払は給与口座へのお振込みとなります。

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

※添付書類：罹災証明書の写し

（罹災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合は、罹災証明書の他に被災当時のご住所を確認できる書類（住民票・免許証等のコピー）も添付してください。）

IQVIA グループ健康保険組合　殿

被保険者　住　所

氏　名　　印