

別記様式第4号（第12条関係）

国民健康保険一部負担金償還払申請書

留萌市長 様

国民健康保険の一部負担金減免等の承認期間に支払った一部負担金に関して、償還払の申請をします。

なお、支払が決定した際は、下記口座に振込してください。

年 月 日

住 所 _____

世帯主氏名 _____ 印

電話番号 _____

1 償還払を申請する理由

1 療養を受けた際、一部負担金を既に支払ったため
2 医療機関において一部負担金減免等証明書の提示をしなかったため
3 その他、やむを得ない理由により一部負担金を支払ったため
(理由記載 _____)

2 償還払先口座

金融機関	銀行・信金 農協・労金	支店 支所
口座番号	(普通・当座)	
ふりがな		
口座名義人		

※ 口座名義人が世帯主と異なる場合は、下記の委任状に記入及び押印してください。

委任状
私は、 _____ を代理人と定め、この届にかかる償還払の受領に関する権限を委任します。
世帯主氏名 _____ 印