

一部負担金等還付申請書				種別	登録番号
組合員証番号		所属所名			
組合員	氏名	男・女	生年月日	昭・平	
	住所				
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	昭・平	
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 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2 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 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 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 5 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口にて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、入院時食事療養費及び入院時生活療養費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	係長
年 月 日					担当
所属所長	職名	氏名			

●太線枠内を記入してください

## [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