

一部負担払戻金支給申請書

令和 年 月 日

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

下記について、市町村からは支給されませんので申請します。

該当期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 診療分		
記号・番号	36-		
組合員住所	〒 _____		
組合員の氏名		入外区分	入院・通院(家族は対象外)
受診者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
(該当に○をしてください)	1.重度障害者	2.小児医療	3.ひとり親 4.その他
申請理由	・所得制限に該当する ・その他		
(その他の場合は理由を記載してください)	その他の理由		
問い合わせた市区町村名	(担当者)		

負傷原因届 (ケガの場合には必ず記入してください)			
負傷日時	令和 年 月 日 時頃	負傷した部位	
どこで、どのように負傷しましたか			
	1.交通事故	2.就業中	3.学校行事等 4.その他

* 市町村へ確認をとる場合もありますので、ご了解願います。

* 申請後3ヶ月経過しても支給されない場合はご連絡ください。

備考	高額該当	有・無	処 理	支部	支部長印	係 印	支 部 名		受 付 印
	処理日	令和 年 月 日		本部	給付課長	点 検	入 力	受 付	