一部負担金等還付請求書

25 01	1 13021 13022	6 0 1	加入者番号				加入者氏名	生年月日			
			県コード	学種	学校番号	個人番号		27 3 昭 4 平 5 令	年	月	日
			13								

療養を受けた者	氏名		生年月日				続柄	*コード	*確認
			34 3 昭 4 平 5 令	年	月	日		41	43
	住所	〒(　　　　－　　　　)							

療養を受けた保険医療機関等	名称		保険医療機関等に支払った一部負担金等の額
	所在地		円

*決定金額	療養を受けた期間									*日数	*療区	*入
45	59 4 平 5 令	年	月	日	～	66 4 平 5 令	年	月	日	73	75	77

還付を請求する理由（該当番号に○をつけてください）

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 一部負担金等の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に免除証明書の提出ができなかったため。
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上のとおり請求します。 令和　　年　　月　　日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿	請求者	住所	〒(　　　　－　　　　)	TEL
		氏名		
以上の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和　　年　　月　　日	学校法人等	所在地	〒(　　　　－　　　　)	TEL
		名称		
		代表者名		

*印欄は記入しないでください。

＜提出上の注意＞

①この請求書に保険医療機関等が発行した領収書を添付してください。

②この請求書は学校法人等を経由して私学事業団に提出してください。（任意継続加入者の方は、申請者が直接私学事業団に提出してください。）

2022.03