

年 月 日

医療助成一部自己負担額償還申請書

守 口 市 長 様

下記のとおり、 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。

なお、支給の際は、下記口座へ振り込んでください。

申請者	住 所				
	氏 名	Ⓔ 続柄（受給者の） 電話（ ） —			
受給者	住 所	同上			
	氏 名	同上	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	受給者番号			公費負担者番号	
加入医療保険	保険者名			記号・番号	
	保険者番号			附加給付	
支払った一部自己負担額の合計					円
償還を受ける額					円
振込先	金 融 機 関 名		種別	口座番号	
			本店 普通	フリガナ	
			支店 当座	口座名義	
委任を 受けた者	住 所				
	氏 名	Ⓔ 続柄（受給者の） 電話（ ） —			
[備 考]					
				資格審査日	. .
				支給決定日	. .
				支給決定額	円