

平成 年 月 日

大東市長あて

一部自己負担償還（自動償還用）および口座登録申請書

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

電話 _____

以下のとおり、平成30年4月以降に医療機関等で支払った一部自己負担額の自動償還を申請します。なお、償還決定額は下記の口座に振り込んでください。

医療	重度障害者医療			
ふりがな 受給者氏名			受給者番号	
			生年月日	
振込先	金融機関		支店	
	口座番号		種別	普通 その他（ ）
	口座名義人 (カタカナ)			

*原則、受給者本人名義の口座をご記入ください。