

令和 × 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 大東市谷川 1-1-1

氏名 大東 太郎

続柄 本人

電話 〇〇〇-△△△△-□□□□

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。

**\* 医療証の表面の受給者番号（7桁）を記載してください（不明の場合は空欄で結構です）**

医療	重度障害者医療			
ふりがな 受給者氏名	だいとう たろう		受給者番号	0123456
	大東 太郎		生年月日	S20.10.10
振込先	金融機関	ゆうちょ	支店	四〇八
	口座番号	0123456	種別	普通 その他（ ）
	口座名義人 (カタカナ)	ダイトウ タロウ		

\*原則、受給者本人名義の口座をご記入ください。

**\* 該当する方に○をしてください。その他の場合は、その種別を記載してください。**