

子ども医療費助成一部自己負担額償還申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

(あて先) 大東市長

(申請者)

住所 大東市谷川1-1-1

氏名 大東 太郎

TEL 000-△△△△-□□□□

**\* 記載方法が不明な場合はお問い合わせ  
いただくか空けておいてください。**

下記のとおり一部自己負担額の償還について申請をしますので、口座振替によって支払ってください。

受給者氏名	<b>大東 花子</b>	被保険者氏名	<b>大東 太郎</b>
受給者番号	<b>1293456</b>	保 険 者	<b>全国健康保険組合 大阪支部</b>
生年月日	<b>R2. 1. 1</b>	保 険 者 番 号	<b>01270016</b>
資格取得日	<b>R2. 1. 1</b>	記号・番号	<b>0000 △△△</b>
自己負担額	月分 円	月分 円	月分 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	<b>普通</b> ・当座
	<b>ゆうちょ</b> 銀行・農協・信金・信組	<b>四〇八</b> <b>支店</b> 本店	口座番号	<b>□□□□□□ (7桁)</b>
			口座名義 (カタカナで記入)	<b>ダイトウ タロウ</b>

**\* 受給者もしくは受給者と  
同一世帯のご家族名義**

※以下は記入しないでください。

診 療 月	支 払 金 額	償 還 金 額
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
合 計 ( 支 給 決 定 額 )		円

支給日 \_\_\_\_\_

受付番号 \_\_\_\_\_