

ひとり親家庭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

*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。

氏名 大東 太郎

TEL 〇〇〇-△△△△-□□□□

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	大東 花子	被保険者氏名	大東 太郎
受給者番号	9123421	保 険 者	大東市国保
生 年 月 日	R1.11.11	保険者番号	270199
資格取得日	R2.1.1	記号・番号	大国×××〇〇〇〇〇
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	普通・当座
	ゆうちょ 銀行・農協・信金・信組	四〇八 支店・本店	口座番号	□□□□□□□ (7桁)
			口座名義 (カタカナで記入)	ダイトウ タロウ

※以下は記入しないでください。

*受給者もしくは受給者と
同一世帯のご家族名義

診 療 月	支	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