

令和 年 月 日

大東市長あて

一部自己負担償還（自動償還用）及び口座登録申請書

申請者 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

電話 _____

以下のとおり、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。