

年 月 日

太子町医療費助成一部自己負担額償還申請書

太子町長 様

下記のとおり、 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。なお、支給の際は、下記口座へ振り込んでください。

申請者	住 所				
	氏 名	印	電話番号 ()		
受給者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	受給者番号		医 療 証 区 分		
支払った一部自己負担額の合計		円			
償 還 を 受 け る 額		円			
振込先	金 融 機 関 名		種別	口 座 番 号	
	銀 行 農 協 信用金庫	本店 支店	普通 当座	フリガナ 口 座 名 義	

町 処 理 欄		電 算 入 力		受 付	
------------------	--	------------------	--	--------	--