

丹波市休日応急診療所医療費返還申請書

丹波市長 林 時彦 様

記入例

令和 年 月 日

- ・申請日：記入される日
 - ・申請者：保護者の方（**下記振込先口座名義人と同一**）の住所、氏名、電話番号、メールアドレスを記入してください。
- ※メールアドレスがない場合は、記入不要です。
※押印は不要とします。

申請者
氏 名 _____
住 所 _____
受診者との続柄（ _____ ）
電話番号 _____
メールアドレス _____

過日、丹波市休日応急診療所の受診に際し、健康保険証等を提示しなかったために自己負担となっていた医療費について、下記のとおり健康保険証等を提出いたしますので、返還いただきますよう申請いたします。

記

○受 診 者 _____

○受 診 日 令和 年 月 日 ()

○返 還 額 _____ 円

- 添付書類
- ・ ☐ 健康保険証（コピー1部）
 - ・ ☐ 福祉医療受給者証（該当の場合のみコピー1部）
 - ・ ☐ 受診日発行の領収書（原本）
 - ・ ☐ 振込先がわかるもの（通帳のコピー等1部）

・返還額：空欄のままで結構です。

・添付書類：☑を入れて
提出をお願いします。

○振込先（申請者と同一名義のもの）

金融機関	銀行 本店 金庫 農協 支店							
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()							
口座番号	左詰めでご記入ください。 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
ふりがな 口座名義人	<table><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>							