

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：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。

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、マイナ保険証等で健康保険の資格が確認でき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等の資格情報を提出いたしますので、返還いただきますよう申請します。

記

押印は不要ですが、記入誤りがある場合は申請者氏名の横に押印いただき、訂正箇所を二重線で消して訂正印（申請者氏名横の押印と同一の印）を押印ください。

○受診者 _____

○受診日 令和 年 月 日（ ）

○返還額 _____ 円

・返還額：空欄のままで結構です。

- 添付書類
- ・ ☐ 資格確認書または資格情報のお知らせの写し（1部）
※マイナポータルで確認できる資格情報の画面の写しでも可
 - ・ ☐ 福祉医療受給者証の写し（該当の場合のみ1部）
 - ・ ☐ 受診日発行の領収書（原本）
 - ・ ☐ 債権者登録申請書
 - ・ ☐ 振込先がわかるもの（通帳の写し等1部）

○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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							