

東川町不妊治療費償還払申請書

※記入上の注意 申請する際は必ず治療費領収書を添付ください。なお、領収書がレシートなどで明細(保険対象金額、氏名等)が無い場合は、別途医療機関から発行を受けてください。															
加入医療保険		保険者名 東川健康保険組合 ○○支部		記号・番号		東川 123456									
		所在地													
		受診者氏名		申請合計額(北海道の助成対象等を控除した額)											
夫		ふりがな ひがしかわ たろう		123,456円											
		東川太郎													
昭和45年1月1日生(○○歳)															
妻		ふりがな ひがしかわ はなこ													
		東川花子													
		昭和45年1月1日生(○○歳)													
東川町長様				平成○○年△△月××日											
標記治療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。なお、上記申請内容に高額療養費が発生する又は発生すると見込まれる場合は、東川町長が加入医療保険者に対し、高額療養費に関する必要な事項について調査することに同意します。															
申請者				住所 上川郡東川町 東町1丁目16番1号											
支払方法		<input checked="" type="checkbox"/> 指定口座へ入金 <input type="checkbox"/> 窓口払い		氏名 東川太郎 (印)											
振込先金融機関名		支店名		口座番号		口座名義人(フリガナ)									
東川 (銀行・信金 信組・農協)		東川支店 (普)当		1234567		ヒガシカワ タロウ									
審査欄	次のとおり決定します	保険対象額		助成対象外分		助成額		課長		室長		主任等		合議	
		助成決定日		平成 年 月 日											

領収書原本を添えて申請してください。