

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	記号・番号	
	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	円
	年 月 日生(歳)	
妻	ふりがな	
	年 月 日生(歳)	

東川町長 様

令和 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 _____

支払方法	<input type="checkbox"/> 指定口座へ入金
	<input type="checkbox"/> 窓口払い

氏名 _____ 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)
銀行・信金 信組・農協	支店	普・当	

審査欄	次のとおり決定します	助成決定日	令和 年 月 日			助成No.
		負担総額	助成対象外分	北海道助成分	助成額	

副町長	課長	室長	副主幹	主任	合議

治療区分 特定・一般
治療回数 令和 年度 回目