

高校生等医療費還付申請書

令和 年 月 日

比布町長様

申請者住所 比布町

氏名

比布町高校生等の医療費商品券還付事業実施要綱に基づき、高校生等の医療費還付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

私は、高校生等の医療費還付に係る申請に関して、比布町が住民情報・課税状況等について、担当係へ調査・照会・閲覧することに同意します。

申請額 金 円也

受給 対象者	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生 (歳)
添付書類	◎医療機関の発行した領収書を添付（レシート不可）	

※ 担当者確認・記入欄	
○確認書類	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（名簿・ ）
○交付番号	
○受取証交付	令和 年 月 日 ○交付枚数 枚
○添付書類	<input type="checkbox"/> 原本
	<input type="checkbox"/> 写し 領収書原本を確認し、写しでの申請を受け付けしました。 令和 年 月 日 国保医療係 担当者 印