

遅延理由書

下記の理由により、医療給付申請書の提出が遅れてしまいましたので、助成開始日をさかのぼって認めていただきたく、お願いいたします。

記

患者 住 所 _____

患者 氏 名 _____

生年月日 _____

受給者番号 _____

遅延理由 _____

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

世 田 谷 区 長 殿