

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

年 / 月 日

申請者 住 所

申請者 氏 名

品 川 区 長 殿