

様式第5号(第7条関係)

特別医療費申請書						
療 養 者	受給資格証 記号番号	伯第	号	加 入 医 療 保 険	被保険者 (組合員)名	
	氏名				被保険者等 記号番号	
	生年月日				保険者名	
区 分 (いずれかに○印 を付けて下さい)		重度身体障害者・重度知的障害者・重度精神障害者 ひとり親家庭・特定疾病・小児(18歳の年度末まで)				
<p>医療費申請額 金 _____ 円 (別紙領収書等のとおり)</p> <p>上記のとおり申請しますので、下記の口座に振込していただきますようお願いします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____ 氏名 _____ 受給資格者との続柄( ) _____ 連絡先( ) _____</p> <p>伯耆町長 様</p>						
振 込 先	銀行 信用金庫 農協			支店 _____ 代理店 _____ 支所 _____ 出張所 _____		
	種目	口座番号			口座名義人氏名	
	普通 当座					フリガナ

※太枠欄をご記入ください。

受付印欄	受理者

対象者	一部負担金	高額等払戻金	支給額