

様式第6号(第8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				保 險 証 記 号 番 号
	生年月日				保 險 者 名
区 分 (いずれかに○印 を付けて下さい)		重度身体障がい者・重度心身障がい者・重度精神障がい者 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 (別紙領収書等のおとり)</p> <p>上記のおとり申請しますので、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 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 受給資格者との続柄()</p> <p style="text-align: right;">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

対象額	一部負担金	高額等払戻金	支給額

本人： 課 ・ 非
世帯： 課 ・ 非