

様式第7号(第7条関係)

<p>特別医療費申請書</p>					
<p>町長 様</p>					
<p>受給資格者</p>	<p>受給資格証 記号番号</p>	<p>大山第 号</p>	<p>加入医療保険</p>	<p>被保険者 (組合員)名</p>	
	<p>氏 名</p>			<p>保 險 証 記号番号</p>	
	<p>生 年 月 日</p>	<p>年 月 日</p>		<p>保 險 者 名</p>	
	<p>健 康 手 帳 受給者番号</p>				
<p>医療費申請額 金 _____ 円</p> <p style="text-align: right;">(別紙領収書等のとおり)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">             住 所 _____              申請者 _____              氏 名 _____              受給資格者との続柄 _____              電話番号 _____         </p>					

(注) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。