

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>					
受給資格者	受給資格証 記号番号	大山第 _____ 号	加入医療保険	被保険者 (組合員)名	
	氏名			保険証 記号番号	
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		保険者名	
	健康手帳 受給者番号				
<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。