様式第７号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 特別医療費申請書八頭町長　　　　様 |
| 受給資格者 | 受給資格証記号番号 | 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 | 保険者名保険者番号 |  |
|  |  |  |
| 医療費申請額　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙領収書等のとおり）　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　受給資格者との続柄　　　　　 |