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 | | | | | |