

様式第8号（第7条関係）

特 別 医 療 費 申 請 書

市
町 長 殿
村

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	

医療費申請額 金 _____

(別紙領収書等のとおり)

平成 年 月 日

住 所 _____

申請者

氏 名 _____ (印)

受給資格者との続柄