様式第５号（第７条関係）

特別医療費助成申請書

　　　 年　　 月　　 日

（宛先）倉吉市長

申 請 者　　住 所　〒

　　　 　　　　 （口座名義人）

　　　　　 　　　　 　氏 名

　　　　　 　　　　 　 電 話

　　　　　 　　　　 　 受給者との続柄

次のとおり医療費の助成を受けたいので請求します。

医療費申請額 　　金 　　　　　　　　　　　　　　　　円

（別紙領収書等のとおり）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　給　者 | 受給資格証記号番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 加入医療保険 | 名称 |  |
| 保険者番号 |  | 保険種別 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 記号 |  | 番号 |  |
| 振　込　先 | 銀行コード | 銀　行　名 | 支店コード | 支　店　名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

