

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			
	フリガナ 口座名義人						

第三者行為によるケガ等ではない

学校管理下でのケガ等ではない

受付