

記入例

様式第5号（第7条関係）

特別医療費助成申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

（宛先）倉吉市長

申請者 住所 〒682-0000
（口座名義人） 倉吉市堺町2丁目253番地1
氏名 倉吉 椿
電話 090-0000-0000
受給者との続柄 本人

- ①申請者（口座名義人）を記入してください。
②日中連絡のつく電話番号を必ず記入してください。

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	1000000						③特別医療費受給資格証をお持ちの方の 受給資格証記号番号・住所・氏名・ 生年月日を記入してください。											
	住 所	倉吉市堺町2丁目253番地1																	
	氏 名	倉吉 椿																	
	生 年 月 日	平成6年5月1日																	
加入医療保険	名 称	倉吉市国民健康保険												④加入医療保険欄は、受給者が加入されている 医療保険の名称・番号等を記入してください。 ※わかる範囲でかまいません。					
	保 険 者 番 号	00310037				保険種別	国民健康保険（市町村）												
	被保険者氏名	倉吉 椿																	
	記 号	100				番 号	1234567												
振込先	銀行コード	銀 行 名				支店コード				支 店 名									
	0 1 2 3	倉吉銀行				4 5 6	うつぶき支店												
	口 座 種 別	普通		口 座 番 号	0987654														
	フリガナ 口座名義人	クラヨシ ツバキ																	

- ⑤振込口座は、原則、受給者本人のものを記入してください。
受給者が子どもの場合は保護者の口座でも可能です。

ではない ☐

受 付

ではない ☐