

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	受給者番号						
	住所						
	氏名						
	生年月日						
加入医療保険	名称						
	保険者番号						
	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						①