

様式第5号(第7条関係)

特別医療費申請書

湯梨浜町長 様

受給資格者	受給資格証 記号番号	湯	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)

年 月 日

住所 _____
申請者 氏名 _____ ⑩

受給資格者との続柄 _____

電話番号 _____

(注) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする事。