|  |
| --- |
| 特別医療費申請書米子市長　様 |
| 種 別 | １　身障1・2級　　　２　重度知的　　３　特定疾病　　４　ひとり親家庭　　　５　小児　６　単市（身障３級・その他知的）　　 ７　精神1級 　８　単市（精神2・3級） |
| 受給資格者 (申請者) | 受給資格証記号番号 |  | 加入医療保険 | 被保険者(組合員証)名 |  |
| 該当年月日負担区分 | 平・令　　　年　　月　　日低　 ・　 中 　・　 高 | 保険証記号番号 |  |
| 生年月日 | 大正昭和平成令和 | 年　　 月　 　日 | 保険者名 |  |
| 氏　　　名 | (印) |
| 住　　　所 | 米子市 |
| 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　 ）　　　　－ |
| 医療費申請額　　金　　　　　　 　 　　　　　円（別紙領収書等のとおり）令和　　　年　　　月　　　日被保険者等（受給資格者が被保険者でない場合に記載してください。）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　(印)　受給資格者との続柄　　　　　　　　　　電話番号（　　　 ）　　　　－　　　　 |

様式第６号（第７条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 課　長 | 担当課長補佐 | 合　議 | 主　査 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行信用金庫農協 |  | 支店出張所支所 |
| 銀行コード(　　　　　　) | 店　番　(　　　　　　) |
| 口座番号 | (普通)No, |
| 口座名義 | (カタカナで記入) |

（注）受給資格者及び被保険者の氏名につきましては、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

※確認欄　免許証 　健康保険証　 ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ 　身分証　 その他（　　　　　　）