

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)	

決 裁	課長	担当課 長補佐	合議	主査

様式第6号 (第7条関係)

郵送申請

特別医療費申請書						
米子市長 様						
種別	1 身障	2 重度	3 特定疾病	4 ひとり親家庭	5 小児	6 単市 7 精神
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 年 月 日 平成 令和				保険者名
	氏名	(印)				
	住所	米子市 〒 電話番号 () -				
<p>医療費申請額 金 _____ 円 (別紙領収書等のとおり)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>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。)</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>受給資格者との続柄 _____</p> <p>電話番号 () _____</p>						