

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)

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)	受給資格証番号		加入医療保険	被保険者名	
	該当年月日負担区分	平・令 低・中・高		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() _____					

(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 資格確認書 マイナンバーカード その他 ()