

※提出いただくもの
①申請書、②健康保険証の写し、③特別医療費受給資格証の写し
④領収書の原本（領収書の返送が必要な場合は、封筒に氏名、住所を記載の上、切手を貼った返信用封筒を同封してください。切手が不足の場合、不足分受取人払いで発送となりますので、ご注意ください。返信用封筒の同封がない場合、領収書は返送できませんのでご了承くださいませようお願いします。）

| | | | | | |
|--------------------------------------|------------|----|----|----|----|
| 米子 (銀行・信金 農協) (普通) No. 1354●●8 | 市役所 出張所 | 支店 | 市長 | 合議 | 主査 |
| 口座 名義 | ヨナゴ ハナコ | | | | |

① 振込口座は受給者本人または、同一世帯の方のものを記載してください。

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 小児 |
| | 6 単市(身障3級・その他知的) | 7 精神1 | | |

② 太枠の中を記入してください。特別医療をお持ちの方の事です。受給者本人自署の場合は押印不要です。

| | | | | |
|------------|---------------|---------------------------|----------------|-----------|
| 受給資格者(申請者) | 受給資格証 記号番号 | | 加入 医療 保険 | |
| | 該当年月日 負担区分 | 平・令 年 月 日 低・中・高 | | |
| | 生年月日 | 大昭 平令 14年●●月5日 | | |
| | 氏名 | 米子 花子 | | 米子 (印) |
| | 住所 | 〒683-8686 米子市加茂町1丁目1番地 | | |

③ 日中連絡のつく電話を必ず記入してください。

電話番号 (0●0-0◆●0-0▲●◆)

(別紙領収書等のおとり)

申請額は、記入しないで下さい。

医療費申請額 金 _____ 円

令和 年 月 日 ④ 記入日を書いてください。

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)

⑤ この申請書を記入された方をお願いします。被保険者以外の方の場合(受給者と別居世帯の家族、施設職員等)は、押印が必要です。

受給資格者との続柄 _____
 電話番号 (_____)

県外受診の特別医療費の払戻しの郵送申請について

県外の医療機関で受診されるなど特別医療費受給資格証を使わずに精算された医療費の払戻しについて、郵送での申請を受付けます。

封筒に下記の宛先を切り取って貼り、以下の提出物を送ってください。

払戻しの申請にご提出いただくもの

- 1 申請書（裏面の記入例を参照ください）
- 2 受給者の健康保険証の写し
- 3 特別医療費受給資格証の写し
- 4 領収書原本
- 5 返信用封筒（領収書の返送が必要な方のみ）

領収書の返送が必要な場合は、封筒に氏名、住所を記載の上、切手を貼った返信用封筒を同封してください。（受給者の住所をお願いします）切手が不足の場合、不足分受取人払いで発送となりますので、ご注意ください。

返信用封筒の同封がない場合、領収書は返送できませんのでご了承くださいますようお願いいたします。

押印もれや、申請書等に不備があった場合は、連絡をいたしますので日中連絡のつく電話番号の記載をお願いします。

申請書はコピーしてお使いください。米子市のホームページからもダウンロードできます。

郵送先 問合せ先

(切取って封筒に貼ってください)



〒683-8686
米子市加茂町1丁目1番地
米子市役所
市民二課 年金医療担当

電話 0859-23-5123