

特別医療費申請書

様

受給資格者	受給資格証 記号番号		加入 医療 保険	被保険者氏名 (組合員名)	
	氏名			保険証号	
	生年月日			記号番号	
	健康手帳 受給者番号			保険者名	

医療費申請額 金 _____ 円 (別紙領収書等のとおり)

年 月 日

申請者

住所 _____

氏名 _____

受給資格者との続柄 _____

電話番号 _____

金融機関名		支店名	
預金種別	口座番号		
口座名義(か)			