

様式第6号 (第9条関係)

特別医療費申請書					
北栄町長 様					
受給資格者	受給資格証番号	第	号	加入	被保険者(組合員)名
	氏名			医療	記号番号
	生年月日	年	月	日	保険者名
医療費申請額 金 _____ 円 <div style="text-align: right;">(別紙領収書等のおり)</div> 年 月 日 申請者 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 受給資格者との続柄 _____ 電話番号 _____					

(注) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

支払金口座振込依頼書	銀行 信用金庫 協同組合 ()			本店 支店 出張所 ()			預金種別	1 普通	2 当座	3 貯蓄
	口座番号等	店番		口座番号						
	郵便局(ゆうちょ銀行) をご指定の場合(右詰めで記載してください)	記号		番号						
	フリガナ						備考			
口座名義人										

(以下は記入しないでください。)

交付決定額 金 _____ 円

申請金額と変更になった理由

- 1 保険適用・自己負担額などの確認結果
- 2 領収書等の記載誤り
- 3 その他 ()