様式第8号（第8条関係）

|  |
| --- |
| 特別医療費申請書日南町長　　　　殿 |
| 受給資格者 | 受給資格証記号番号 | 第　　　　号 | 加入医療保険 | 被保険者(組合員)名 |  |
| 氏名 |  | 保険証記号番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険者名 |  |
| 医療費申請額　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙領収書等のとおり）　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　㊞受給資格者との続柄 |

(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こと。