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。