

様式第 5 号(第 7 条関係)

特 別 医 療 費 申 請 書					
日野町長 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)					
令和 年 月 日					
住 所 _____					
申請者					
氏 名 _____ (印)					
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。