

特別医療費申請書

琴浦町長 様

医療費申請額 金 _____ 円

（別紙領収書等のとおり）

受給資格者	受給資格証 記号番号		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			保 険 者 名	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 鳥取県東伯郡琴浦町大字

申請者

氏 名 _____ (印)

受給者との続柄 _____

電話番号 _____

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振込先 金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信組・()		本店・支店・本所 支所・出張所・()
振込預金 種 別	普通・当座	口座番号		
(カタカナ)				
口座名義				

委任状（申請者以外の口座に振り込む場合にご記入ください）

委任する事項	上記特別医療の受領に関する一切の権限			
委 任 者 (申請者)	住所	印	委 任 年 月 日	
	氏名		年 月 日	
受 任 者 (口座名義人)	住所		委任者との続柄	
	氏名	印		