様式第8号(第7条関係)

特別医療費申請書

日吉津村長　　様

<table>
<tr><td rowspan="3">受給資格者</td><td>受給資格証記号番号</td><td>号</td><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者(組合員)名</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>保険証記号番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>保険者名</td><td></td></tr>
</table>

医療費申請額　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(別紙領収書等のとおり)

年　　月　　日

申請者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給資格者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿