

記入例

重度心身障害者医療費請求書

提出する日

年 月 日

(宛先)
伊奈町長

記入する方の住所・氏名・電話番号

申請者 住 所 **伊奈町中央四丁目355番地**氏 名 **伊奈 太郎**電 話 **048-721-2111**受給者証の記号番号を
記入してください。住民税が課税されて
いる場合は、課税に
○をつけてください。

下記のとおり伊奈町国民健康保険に加入し、支給条例第8条の規定に基づき請求し

受
給
者
記
入
欄

受 給 者	受給者証 記号番号	0123456	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険 者・組合員・加 入者の氏名	伊奈 一郎
	ふりがな	い な た ろ う		市町村民税 の 状 況	課 税 ・非課税
	氏 名	伊奈 太郎		記号・番号	伊12・34567
	生年月日	S50年 1月 1日		名 称	伊奈町国民健康保険

※太枠内を記入してください。

受診時の健康保険証の
内容を記入してください。医
療
機
関
等
記
入
欄

・領収書を同一医療機関および同月でまとめ、領収書の
原本をこの位置にホチキスで添付してください。

(※病院と薬局は分けてご提出ください。)

- ・申請の時効は、支払った日の翌日から5年です。
- ・領収書を紛失等した場合は、この欄に医療機関から証明を受けてください。(証明を受けるための手数料は支給対象外です。)
- ・保険外の部分は支給対象外となりますのでご注意ください。
- ・健康保険から戻ってくる医療費がある場合は、支給明細書を添付してください。

注)他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処
理
欄**記入不要**

一 部 負 担 金 公 計	受	付	支	払
<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center;">記入不要</div>				
＝	円	円	円	円