

## 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

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。受  
給  
者  
記  
入  
欄下記のとおり記入して下さい。  
支給条例第8条の規定に基づき請求

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 う		市町村民税 の 状 況	課 稅・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。

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

- 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