

**記入例**

提出する日

子ども医療費支給申請書

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。

受給者証の記号番号を記入してください。

下記のとおり記入してください。

申請者記入欄

対象となる子ども	受給者証記号番号	<b>0123456</b>	加入医療保険	被保険者、世帯主等の氏名	<b>伊奈 太郎</b>
	ふりがな氏名	<b>いな ほなこ 伊奈 花子</b>		市町村民税の状況	<input checked="" type="radio"/> 課税・ <input type="radio"/> 非課税
	生年月日	<b>H20年1月1日</b>		記号・番号	<b>12・34567</b>
	いずれかを○で囲む			名称	<b>全国健康保険協会 埼玉支部</b>
	小学校入学前	<input checked="" type="radio"/> 小学生以上		※1 附加給付金(家族療養費)の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

※太枠内を記入してください  
※1有の場合は支給明細書を添付してください。

受診時の健康保険証の内容を記入してください。

健康保険独自の給付金がある場合は、有に○をつけて支給明細書を添付してください。

医療機関等記入欄	<p>・領収書を同一医療機関および同月でまとめ、領収書の<u>原本をこの位置にホチキスで添付してください。</u> (※病院と薬局は分けてご提出ください。)</p> <p>・申請の時効は、支払った日の翌日から5年です。</p> <p>・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。)</p> <p>・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。</p>
----------	---

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	<p><b>記入不要</b></p>
-----	--------------------