

記入例

提出する日
年 月 日

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

受給者記入欄

(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 花子**
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。

下記のとおり申請書の文相を申請します。

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 花子
	ふりがな	いな はなこ		市町村民税の状況	課税・ 非課税
	氏名	伊奈 花子		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

医療機関を受診した方(親または子)の氏名・生年月日

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。)

- ・ 申請の时效は、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。

処
理
欄

記入不要

円 = 円 = 円