

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箱を申請します。

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