

医療福祉費支給申請書記入例

【記入方法及び注意事項】

- ①と②のみ記入してください。
- ①の個人番号は、受給者の個人番号です。個人番号（マイナンバー）12桁が分かる方は記入してください。不明な場合は空欄でも大丈夫です。
- ②に住所・氏名・電話番号の記入をお願いします。
申請者氏名は、原則、小児の場合は保護者、それ以外は受給者の氏名を記入してください。
- 中学生以上の小児の入院と外来、妊産婦の産婦人科と産婦人科以外の診療科受診は分けて申請してください。（受給者証を2枚持っている人はそれぞれ区分での申請となります。）
- 領収書は原本の添付が必要です。
原本の返却をご希望の場合は、その旨メモ等でお知らせください。

① 医療福祉費支給申請書				
受給者証 記号番号		受給者氏名	① 土浦 きらら	
		生年月日	令和 3 年 11 月 13 日	
		個人番号	1234 **** *	
被保険者証 記号番号		保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	
		保険者名		
医療機関等の所在地及び名称又は氏名				
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他（ ）	医療等を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)				円
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 令和 年 月 日 (申請先) 土浦市長				
	申請者 (受給者又は保護者)	住所 氏名	② 土浦市大和町9番1号 土浦 つちまる 029-826-1111	
		電話番号		
≪口座振替依頼書≫医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。 種別 口座番号 口座名義人				
(注意) 1. 添付資料 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書 ② 高額療養費、附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給額証明書 2. 申請者が医療機関等で支払った外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3. ※欄は、市で記入します。				
※ 支給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	
		円	①	円
		円	②	円
	控除額内訳	外来自己負担金額	附加給付額	円
		他法公費負担額	その他 (入院自己負担額)	円
	高額療養費	控除額計④	円	
	交付決定額	①+②+③-④		円