

記入例

①・②を記入し、医療機関の領収書（原本）を添付してください。【写しは不可】

- [小児（中学生以上）の外来と入院]、[妊産婦の産婦人科とそれ以外の診療科]の受診分は、申請書を分けて(2枚で)申請してください。
- 領収書の原本返却希望の方は、その旨メモ等でお知らせしてください。
- 償還払いの振込口座の変更がある場合は、通帳等の写しの添付、または、口座記載欄に振込口座情報を記載してください、

国保年金課（郵送申請）

福 医療福祉費支給申請書

①

福 受給者証 記号番号		受給者氏名	土浦 きらら
		生年月日	令和 3年 4月 5日
		個人番号	1234 5678 1234 ※不明な場合は空欄可
被保険者等 記号・番号		保険種別	協・組・自・船・共・国・国組・後期
		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

②

医療機関等で支払った金額  
（除各法の一部負担の額）

申請者は 原則 受給者本人  
※受給者が小児の場合は 保護者

令和 7年 4月 1日

（申請先）土浦市長

申請者 住 所  
（受給者又は保護者）氏 名  
電話番号

土浦市大和町9-1

土浦 つちまる

090-1234-5678

《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。

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
			②	円
			③	円
	控除額内訳	外来自己負担金額	附加給付額	円
		円	その他 (入院自己負担額)	円
		他法公費負担額	円	円
		高額療養費	円	円
		控除額計 ④	円	円
		交付決定額	①+②+③-④	円