

(福) 医療福祉費支給申請書

国保年金課（郵送申請）

(福) 受給者証 記号番号			受給者 氏名			
			生年月日	年	月	日
加入 医療保険	保険種別	保険者名			記号・番号	

《支給口座》 ※ 口座情報をご確認ください（現在使用中の口座であること・番号等の誤りがないこと）

金融機関名		預金種目		口座番号	
支店名		口座名義人	<small>(カタカナ)</small>		

(申請先) 土浦市長

医療福祉費の支給申請をします。

申請日	令和 年 月 日				
申請者 (受給者又は 保護者等)	住所				
	氏名				
	電話番号				

※ 領収書等の返却を希望する方のみ チェック を記入してください。
返却希望の場合、領収書に受付済印を押印の上、返却します。

返却を希望する

(注) 1 添付書類

- (1) 保険医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書等
- (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 受給者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、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。

※ 市記入欄

受給資格 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日
医療の内容	医科・歯科・調剤・柔整・鍼灸・あんまマッサージ・訪問看護・輸血 治療用器具・その他()		
支 給 内 訳	領収書等の金額計 (患者負担金額計)	①	円
	外来自己負担金額	円	高額療養費支給額 円
	入院自己負担金額	円	附加給付金支給額 円
	他法公費負担額	円	その他 円
	療養費支給額	円	控除額計 円
	交付決定額	①-②	円