

記入例
(郵便用)

次の内容を確認の上、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)

- 次に該当する方は、申請書を2枚記入してください(申請処理の都合上)。
 - ・中学生以上の小児マル福の方で、外来分と入院分の領収書がそれぞれある方
 - ・妊産婦マル福の方で、産婦人科分と産婦人科以外の診療科分の領収書がそれぞれがある方
- 領収書の原本返却希望の方は、「返却を希望する」に☑をしてください。

福 医療福祉費支給申請書

国保

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

②

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・番号等の誤りが無いこと)

金融機関名	支給口座の変更がない方は、「記入不要」です。 ※変更希望がある方は、通帳等の写しの添付、または、口座情報を記入してください。
支店名	

(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 8年 4月 1日
申請者	住所 土浦市大和町9-1
受給者又は 保護者等	氏名 土浦 つちまる
	電話番号 090-1234-5678

申請者は原則 受給者本人
※受給者が小児の場合は 保護者

領収書の返却を
希望するの方のみ ☑

※ 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
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 治療用装具・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
	入院自己負担金額		円
	他法公費負担額		円
	療養費支給額		円
交付決定額	①-②		円
		高額療養費支給額	円
		附加給付金支給額	円
		その他	円
		控除額計	② 円