

◆支給申請書記入例		療 福 祉		現在お持ちのマル福受給者証を参考に、 受給者証の公費負担者番号(8桁)・受給者番号(7桁)をご記入ください。	
④ 受給者証 記号番号	84080936	1234567	受給者氏名	筑波 一郎	
保険者番号	080937		生年月日	令和元年 5月 1日	
被保険者等 記号・番号	つくば	123456	健康保険の保険者番号・記号・番号をご記入ください。		
医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名	つくば市研究学園一丁目1番地1 〇〇クリニック		受給者の氏名・生年月日をご記入ください。		
医療機関等の 所在地・名称 を記入してください。	受診した医療機関の所在地・ 名称をご記入ください。		を交付した 期間		
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2年 5月 1日					
つくば市長 宛て					
申請者(受給者又は保護者) 住所 つくば市研究学園1-1-1					
氏名 筑波 花子					
記入日と申請者の住所・氏名をご記入してください。					
(注) 1 添付書 ① 保険医療機関等が発行する領収書又は国民健康保険若しくは医療保険の保険者が発行する療養費支給証明書 ② 診療明細書 ③ 薬局に係る支給が行われる場合は、調剤明細書 ④ 高額療養費の支給又は附加給付が行われる場合は、支給決定通知書又は支給証明書 2 申請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。 3 ※欄は、市町村で記入します。					

領 収 書 等 の 金 額		患 者 負 担 割 合 金 額			
		①	②	③	
円		円	円	円	円
※ 支 給 内 訳	控除額内訳		附 加 給 付 額	円	
	他法公費負担額	円	そ の 他	円	
	高 額 療 養 費	円	控 除 額 計 ④	円	
交 付 決 定 額		① + ② + ③ - ④			
		円			