

お持ちのマル福の受給者証の公費負担者番号欄が「84」「86」「83」「85」「87」「88」から始まる番号の方はこちらの申請書を提出してください。公費負担者番号、受給者番号、受給者の氏名や保険情報をご記入ください。

有効期間は記入不要です

医療福祉費支給申請書			
公費負担者番号	84080902	受給者氏名	守谷 明美 男(女)
受給者番号	1234567	生年月日	令和●年●月●日
被保険者証記号番号	1234 (記号) 567 (番号)	保険種別	組合
		保険者名	01080019 (保険者番号)
医療所在称	こちらは記入不要です		
医療の内			
(印)			
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。		提出日及び、申請者（受給者または未成年の場合は保護者）の住所、電話番号、氏名をご記入のうえ、認印を押印してください。	
令和●年●月●日		守谷市長 あて	
守谷市長 あて		守谷市大柏950番地の1	
申請者 (受給者又は保護者)		住所 電話番号 氏名	
		0297-45-1111 守谷 太郎	
		(印)	
(注意) 1. 添付書類 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金額から、外来自己負担金額及び他法による公的負担額及び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。			

※支払額内訳	こちらは記入不要です		円
			円
			円
			円
			円
父 母 扶 養 額			円

※記入を誤った箇所は、二重線を引き、訂正印を押して訂正してください。