

現在お持ちのすこやか医療の受給者証の公費負担者番号欄が、「90080904」、「96080908」のかたは、こちらの申請書を提出してください。「86080900」のかたは、医療福祉費支給申請書と共に、こちらの申請書も提出してください。すこやかの受給者証を参考に、受給者証の受給者番号、被保険者証等の記号及び番号、保険種別（不明な場合は記入不要）、保険者番号、受給者氏名、性別、生年月日をご記入ください。受給者証記号番号欄は、受給者証の公費負担者番号が「90080904」のかたは「90・090」、「86080900」及び「96080908」のかたは「96・090」とご記入ください。

すこやか医療費支給申請書 **有効期間は記入不要です。**

受給者証 記号番号	96・090	4567890 受給者番号	受給者氏名	守谷 明美	男 女 <input checked="" type="radio"/>
被保険者証 記号番号	1234	567	生年月日	平成元年1月8日	
医療機関等の 所在地及び名称 又は氏名			保険種別	組合	
			保険者名	01080019	


こちらの欄は記入しないでください。

診療科目 の内容	内科・外科・調剤・柔整・補綴 訪問看護等 その他（ ）	医療費を 受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
-------------	-----------------------------------	---------------	--------------------

医療機関等で支払った金額
(医療機関名) 提出年月日をご記入ください。 円 (点)

上記のとおりすこやか医療費の支給を申請します。
令和元年 9月 2日
守谷市長 あて

届出者（ご両親など、請求書の請求者と同じかた）の住所・電話番号・氏名をご記入の上、押印してください。

申請者 住所 守谷市大柏950番地の1
(受給者又は保護者) 電話番号 0297-45-1111
氏名 守谷 明美 

(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
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。

スタンプ式以外の認印。印影が不鮮明な場合は、近くの空きスペースに再度鮮明に押印してください。

※ 金額 内訳	領収書等の金額	患者負担割金額		
		①	②	③
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	他法公費負担額	その他		
	円	円		
	高額療養費	控除額計 ④		
	円	円		
	交付決定額	① + ② + ③ - ④		

こちらの欄は記入しないでください。

※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。