現在お持ちのマル福の受給者証の公費負担者番号欄が，"84080902"，"86080900"，"83080903"，"85080901"，"87080909"，"88080908"のかたは，こちらの申請書を提出してください。マル福の受給者証を参考に，受給者証の公費負担者番号，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。

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　市郎　（男・女）
受給者番号	1234567	生年月日	令和元年5月1日
被保険者証記号番号	1234 567	保険種別	組合
		保険者名	01080019
医療機関等の所在地及び名称又は氏名			
傷病名及びその内容	医科・歯科・薬剤・柔整・鍼灸 訪問看護・その他（　　）	医療を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで
医療機関等で支払った金額 （医保険者名）		円　（　　点）	

こちらの欄は記入しないでください。

提出年月日をご記入ください。

上記のとおり医療福祉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（受給者又は保護者）	住所	守谷市大柏950番地の1
	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。

こちらの欄は記入しないでください。

※支給額内訳				
領収書等の金額		患者負担割合金額		
円		①　円	②　円	③　円
附加給付額内訳			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
支給決定額		① ＋ ② ＋ ③ － ④		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。