

※請求書は申請書の枚数分作成してください。(例) 公費負担者番号「86080900」の方は資格区分「86」「96」の2枚作成

日付は受付日を市役所で記入するため記入しないでください!

保険	国・ 社 退国・後期	資格区分	81・82・ 84 ・89・83・85・86・87・88・80・90・92・96	区分：医療福祉
受給者氏名	守谷 市郎		受給者番号	1 2 3 4 5 6 7

~~金額等の欄は記入しないでください。~~

現在お持ちのマル福の受給者証を参考に、受給者証の公費負担者番号→先頭2文字が資格区分の番号、受給者番号、受給者氏名をご記入ください。
 保険は、保険種別→国保→国，退職国保→退国，後期→後期，それ以外の組合など→社 に○を付けてください。

届出者（ご両親など大人のかた，申請書の申請者と同じかた）の住所・電話番号・氏名をご記入の上，スタンプ式以外の認印を押印してください。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。

振込先の口座情報をご記入ください。
 ※銀行コード・支店コードも必ずご記入ください。

住所 守谷市大柏950番地の1

請求者氏名 守谷 明美

電話番号 0297-45-1111

金融機関名	常 陽		銀行 信組 労金	信金 農協	守 谷	支 店 出張所	
銀行コード	0	1	3	0	支店コード	0 8 6	
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号				1 2 3 4 5 6 7
口座名義人	モリヤ アケミ 守谷 明美						

※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。