

医療福祉費支給申請書

公費負担者番号	マル福受給者証に記載されています	受給者氏名	(マル福を受けている人の氏名) 鹿嶋 太郎	
受給者番号		生年月日	令和5年 2月 1日	
被保険者等 記号・番号	健康保険証に記載 されています	保険種別	協会・ 組 ・日・船・共・国・国組・後期・退国	
		保険者名	〇〇〇健康保険組合	
医療機関等の 所在地及び名称 又は氏名	〇〇病院 他			
医療等の内容	医科・ 歯科 ・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・補装具 その他()	医療等を受けた期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	
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。				
年 月 日 鹿嶋市長 様 申請者 (受給者又は保護者等)				
住所 氏名 電話				
申請者と口座の名義人が違う場合は委任状が必要です。				
(注) 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 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 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 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。				

受取口座	銀行・支店	種類	口座番号	名義(カタカナ)
	〇〇 銀行 金庫 組合	普通・ 当座	受取を希望する口座番号を記入してください	口座の名義人氏名をカタカナで記入してください

※ 支給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額			
	円		① 円	② 円	③ 円	
	控除額内訳	外来・入院自己負担金額	円	附加給付額	円	
		他法公費負担額	円	その	円	
		高額療養費	円	控除額計	円	
交付決定額		① + ② + ③ - ④		円		

医療費の領収書の返却を希望する場合は、に✓をつけてください

領収書返却希望