

㊦ 医療福祉費支給申請書					
公費負担者番号		受給者名			
受給者番号		生年月日	年 月 日		
被保険者等 記号・番号		保険種別	協会・組・日・船・共・国・国組・後期		
		保険者名			
医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名					
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・コルセット その他 ( )	医療等を受 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 (医療保険各法の一部負担の額)			円		
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">茨城町長 あて</p> <p style="text-align: center;">申請者 (受給者又は保護者) 住所氏名</p>					
<p>(注) 1 添付書類</p> <p>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報酬明細書若しくは調剤明細書</p> <p>② 高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書</p> <p>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、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。</p> <p>3 ※欄は、町で記入します。</p>					
※ 支給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額		
	円		①	②	
			円	③	
	控除 額 内 訳			付加給付額	円
		他法公費負担額		その他	円
		高額療養費		控除額計 ④	円
交付決定額		①+②+③-④		円	
支払方法	1 口座振替 2 現金払	(銀行・支店) (口座番号) (預金種目) 1 普通 2 当座 (口座名義人)			

支給申請書記入例

受給者証を参考に記入してください。  
(不明の場合は空白で可)

受給者の氏名・生年月日

書

公費負担者番号	84080209	受給者名	茨城 太郎
受給者番号	1234567	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
被保険者等 記号・番号	01080019	保険種別	協会・組・日・船・共・国・国組・後期
	1234 567	保険者名	全国健康保険協会

医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名	茨城町〇〇1丁目△番地□□ ●●医院		
医療機関等の 名称	受診した医療機関の所在地・名称	医療を受けた期間	年 月 日まで

お持ちの保険証の情報を記入してください。  
(不明の場合は空白で可)

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。

令和〇年 〇月 〇日  
茨城町長 あて

申請日(郵送日)

申請者 住所 茨城町〇〇 番地××  
(受給者又は保護者) 氏名 茨城 太郎

本人または保護者の住所・署名

- (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報酬明細書若しくは調剤明細書  
 ② 高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書  
 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、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。  
 3 ※欄は、町で記入します。

※ 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
	控除額内訳	記入しないでください。		
	他法公費			円
	高額療養費	円	控除額計 ④	円
	振込口座の登録がお済でない方のみご記入ください。		②+③-④	円

※登録がお済みかどうか不明な場合は  
お問合わせください。

支払方法

振込口座の登録がお済でない方のみご記入ください。  
 ※登録がお済みかどうか不明な場合はお問合わせください。  
 ① 普通 ② 当座  
 銀行 ▲▲支店  
 1234567  
 イバラキ タロウ