

支給申請書記入例

様式第4号（第6条関係）

お持ちのマル福受給者証を
参考に、受給者証の公費負
担者番号(8桁)・受給者番号
(7桁)をご記入ください。

高萩 太郎

公費負担者番号

受給者番号

生 年 月 日

〇〇年 〇月 〇日

被保険者等

保 険 種 別

協会・組・日・船・共・国・国組・後期

記号・番号

保 険 者 名

医療機関等の
所在地及び名
称又は氏名高萩市本町1丁目1番地1
〇〇病院健康保険の保険
者番号・記号・番号
をご記入ください。生年月日と
保険者名をご記入
ください。

医療等の内容

医科・歯科・調剤・柔整・輸血
訪問
その受診した医療機関
の所在地・名称を
ご記入ください。

期 間 年 月 日まで

医療機関等で支払っ
(医療保険各法の一

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

令和 8年 9月 1日

高萩市長宛て

記入日と申請者の住所・氏名
をご記入ください。

申請者 住所

(受給者又
は保護者) 氏名

印

(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。
押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。

(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くは調剤証明書
- 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、外来自己負担金額及び他法による公費負担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。

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	薬剤一部負担金額	食事療養標準負担額
	円		①	②円	③
	控除額内訳	外来自己負担金	円 附 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
交 付 決 定 額	①+②+③-④				

指定の金融機関口座を
ご記入ください。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)
(口座名義人)
カタカナ
(電話番号)

1 普通

2 当座

領収証の返却を希望される方のみ、チェック ☒ をつけてください。

返却を希望する

☐