

記入例

様式

マルフク証お持ちの方で、今回返金必要な領収書がでている方の名前・生年月日を記入してください。

④ 医療福祉費支給	
④ 受給者証 記号番号	記入の必要ありません。
受給者氏名	未来 花子
保険者名及び 被保険者等 記号・番号	記入の必要ありません。
生年月日	令和4 年 4 月 1 日
医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名	記入の必要ありません。
医療費 の	記入の必要ありません。
医 (医療保険料の 一部負担率)	
<p>上記のとおり、医療費の支給を申請します。</p> <p>令和4 年 5 月 1 日</p> <p>つくばみらい市長 殿</p> <p>申請者（受給者又は保護者）</p> <p>住所 つくばみらい市福田195 氏名 未来 花子 TEL 0297-58-XXXX</p>	
<p>⬇️上に提出日を記入してください。右はご記入いただいている方のお名前等をお願いします。</p>	
<p>《口座振替依頼書》 医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。</p> <p>AB銀行 CD支店 種別 普通</p> <p>口座番号 1121123 口座名義人 ミライ ハナコ</p>	
<p>(注) 1. 添付書類</p> <p>太字の例のとおり記入してください。</p> <p>ゆうちょ銀行をご希望の場合は、銀行通帳1ページ目下段に書いてある、「他金融機関からの振込の受取口座として利用される際」と記載してある番号情報を記入してください。</p> <p>書若しくは支給証明書自己負担金です。</p>	
※ 支 給 内 訳	<p>この欄にも記入の必要ありません。</p> <p>最後に、必要書類を一緒に同封して、つくばみらい市国保年金課宛にご郵送をお願いいたします。</p> <p>なお、医療機関の領収書は原本をお預かりします。写しが必要な方は、事前におとりになりますようご注意ください。</p>

