

県外の医療機関を受診し、医療福祉費(マル福)の支給申請をする際は、事前に支給申請書をご記入の上、ご来庁ください。

※県外の医療機関ではマル福の受給者証が使用できないため、この申請をすることで県内の医療機関を受診したときと同じ医療費になるよう市からご返金をさせていただきます。

福 医療福祉費支給申請書

福 受給者証 記号番号	①	②	受給者氏名	⑥
保険者名及び被保険者証記号番号	③	④	生年月日	⑦ 年 月 日

↑

申請用紙は、申請の度に受給者1人に対して1枚を記入してください。
記入欄は、上と下の太枠内です。

- ・上枠の記入方法は、下の<上枠の記入方法>をご覧ください。
- ・下枠の氏名等は、入金前に郵送する通知文の宛名になりますので、ご希望される氏名等をご記入ください。

↓

年 月 日
結城市長 様

電話
申請者 住 所 結城市
(受給者又は保護者) 氏 名

(注) 1. 添付書類

- <上枠の記入方法>
- ①医療福祉費受給者証(マル福)の公費負担者番号上2桁
(例) 84080076 の場合は“84”と記入。 90080078 の場合は“90”と記入
 - ②医療福祉費受給者証(マル福)の受給者番号 ⑤受給者の保険証の番号
 - ③受給者の保険証の保険者番号 ⑥受給者の氏名
 - ④受給者の保険証の記号 ⑦受給者の生年月日

【記入例】

福 受給者証 記号番号	84	9876543	受給者氏名	結城 太郎
保険者名及び被保険者証記号番号	01234567	1111	生年月日	令和3 年 1 月 1 日
		9999		