

年 月 診療分 (障) 医療助成費支給申請書

負担者番号	8 0 1 3	被保険者氏名										
受給者番号	9	被保険者記号番号										
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢	保険者 (名称) 番号										
	高齢受給者証の 交付の有無		1 有 2 無	自己負担割合	1 1割 2 2割 3 3割							
申請の種類	1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 補装具 5 施術 6 移送 7 その他											
申請の理由	申請 類											
年 月 診療分の医療助成費の申請をします。 なお、支給額決定後は下記口座にお振込みください。												
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合										支店	フリガナ
	金融機関番号										支店番号	1 普通 2 当座
年 月 日 東京都知事 殿 対象者 { 郵便番号 () 住所 フリガナ 氏名 (年 月 日生) 電話番号 () 代行者 { 住所 氏名 続柄 ()												
----- 決定通知書送付先が対象者の住所と相違する場合のみ記入(相続人を含む。) ----- 送付先 { 郵便番号 () 住所 氏名 電話番号 ()												

診療年月	期	間	入外別	保 險 対 象				一 部 負 担 金 額				医 療 助 成 費	医 療 機 関 名	備 考
				自 己 負 担 額		負 担 限 度 額		付 加 給 付 額		付 加 給 付 額				
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
年 月	日	日	入・外											
合 計			件											

- (注)1 保険の療養費支給決定通知書、領収書等を添えて申請してください。
 なお、医療保険での付加給付のある人は必ず申し出てください。
 2 対象者が未成年の場合は、国民健康保険の世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)が申請代行者となります。
 3 口座振込の場合は、対象者以外の口座には振込できませんので注意してください。
 4 保険者番号は右詰めで、記入してください。
 5 申請書の記入漏れがないようお願いいたします。