

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			申請額										
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									
	支店番号		1 普通 2 当座	口座番号									
金融機関番号													
年 月 日 東京都知事 殿													
対象者	郵便番号	住所		フリガナ 氏名	電話番号 ()								
		(年 月 日生)											
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 険 対 象 自 己 負 担 額				一 部 負 担 金 相 当 額				医 療 助 成 費				医 療 機 関 名	備 考
			負 担 限 度 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します。