

令和 3 年 3 月 診療分 (障) 診療月 1 か月ごとに 1 枚必要です

|                    |                           |            |            |          |
|--------------------|---------------------------|------------|------------|----------|
| マル障受給者証の番号をご記入ください | 0137110<br>91234567       | 被保険者氏名     | 大田 太郎      |          |
|                    |                           | 被保険者記号番号   | 12-34 5678 |          |
| 保険証の情報を<br>ご記入ください | 2組合<br>5共済<br>高齢          | 3日雇<br>6国保 | (名称)       | 大田区      |
|                    |                           |            | 番号         | 00138115 |
| 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       |          |
| 申請の種類              | 1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 補装具 5 施術 |            |            |          |
| 申請の理由              | 都外診療のため                   |            | 申請額        |          |

網掛け部分の記入はしないでください

令和 3 年 3 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  
 マル障お持ちの方 (本人) の口座をご記入ください

|             |                            |       |         |
|-------------|----------------------------|-------|---------|
| 振込先<br>金融機関 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 | フリガナ  | オオタ タロウ |
|             | 支店                         | 大田 太郎 |         |
| 金融機関番号      | 支店番号                       | 1     | 普通      |
|             |                            | 2     | 当座      |

令和 3 年 4 月 1 日  
 東京都知事 殿

対象者 { 郵便番号 144-8621 電話番号 03 (5744) 1251  
 住所 大田区蒲田 5-13-14  
 フリガナ オオタ タロウ  
 氏名 大田 太郎  
 ( 昭和 56 年 7 月 10 日生)

代行者 { 住所 大田区蒲田 5-13-14  
 氏名 大田 花子  
 続柄 ( 母 )

----- 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

| 診療年月 | 期間    | 入外別 | 保険対象  |       |     |       | 一部負担金 |   |   |   | 医療助成費 | 医療機関名 | 備考 |  |
|------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|---|---|---|-------|-------|----|--|
|      |       |     | 自己負担額 | 負担限度額 | 相当額 | 付加給付額 | 円     | 円 | 円 | 円 |       |       |    |  |
| 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    |       |     |       |       |     |       |       |   |   |   |       |       |    |  |

- ・数か月分必要な場合は、診療月、申請日以外を記入し、必要枚数分を A3 にコピーしてください。
- ・領収書は原本を提出するとお返しできません。原本が必要な場合は先にコピーを取っていただき、原本と併せてお持ちください。(郵送でのご申請の場合は、切手を貼った返信用封筒を同封していただかないと原本をお返しできませんのでご注意ください。)

- (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。