

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	口座名義
	金融機関番号	支店番号	1 普通 2 当座	口座番号

年 月 日
東京都知事 殿

対象者 { 郵便番号 () 電話番号 ()
住所
フリガナ氏名 ()
(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 () 電話番号 ()
住所 ()
氏名 ()

診療年月	期 間	入外別	保 険 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	相 当 額	付 加 給 付 額	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							
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。