

令和元年5月診療分 障 医療助成費支給申請書

B4にコピーし、押印してください。

負担者番号	8 0 1 3	被保険者氏名	大田 太郎
受給者番号	9 1 2 3 4 5 6	被保険者記号番号	11-99 1234
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)	大田区
		番号	0 0 1 3 8 1 1 1 5
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	都外診療のため	申請額	

令和元年5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。* 本人の口座

振込先 金融機関	ゆうちょ	銀行	信用金庫	信用組合	協同組合	口座名義	フリガナ 大田 太郎
			001	支店			大田 太郎
金融機関番号	9900	支店番号	008	1 普通	2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

令和元年6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 大田 太郎
氏名 大田 太郎
(昭和57年7月7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

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	負 担 限 度 額	付 加 給 付 額			
年月	日~日	入・外	円	円	円	円			
年月	日~日	入・外							
年月	日~日	入・外							
年月	日~日	入・外							

この面は記入不要です

- ・領収書は原本を提出するとお返しできません。
- ・確定申告や控え等で必要な場合は先にコピーをとっていただき、コピーと原本の両方をお持ちください。
- ・必郵送の場合は切手を貼、た返信用封筒が無いと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。