

医療証	負担者番号	8	1	1	3	7	0	6	9	支給決定額	円	
	受給者番号	3	0	0	0	0	0	0	0			
加入保険の状況	被保険者等記号・番号	台さくら100							被保険者氏名	台東 一郎		
	診療対象者氏名(生年月日)	台東 二郎 (昭和63年1月1日)							資格取得年月日	令和2年 2月 1日		
	保険者名称	東上野社会保険事務所							保険者番号	5246		
診療報酬明細書	診療期間	区分	病院等の名称(医療機関コード)	領収書枚数	申請の種類			医療費の内訳				
	自 令和6・8・1	外来入院	△△病院	3枚	① 一般	5 移送	医療費総額	総保険点数(日数)	申請額			
	至 .8.31				2 歯科	6 補装具						
	自 令和6・9・1	外来入院	〇〇薬局	3枚	1 一般	5 移送	円	点(日)	円			
	至 .9.30				2 歯科	6 補装具						
自 . . .	外来入院	病院・薬局ごとに記入		3 薬剤	7 その他	円	点(日)	円				
至 . . .				4 看護								
自 . . .	外来入院			1 一般	5 移送	円	点(日)	円				
至 . . .				2 歯科	6 補装具							
自 . . .	外来入院			3 薬剤	7 その他	円	点(日)	円				
至 . . .				4 看護								
申請の理由	1 医療証発行前の受診 ② 都外受診 3 医療証を取り扱っていなかった 4 その他()											
振込先金融機関	ぱんだ	銀行	上野支店	(店番号 110)	種別	口座番号						
					① 普通	1	2	3	4	5	6	7
					口座名義人(カナシメイ)							
					2 当座							
					タイトウ イチロウ							
上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。												
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日												
台東区長 殿												
住所 台東区東上野○-○-○												
氏名 台東 一郎												
電話番号 ○○○○-○○○○												
申請者 (医療証の表面に記載されている方)の口座に限ります												
台東												
台東												
押印2箇所(朱肉で押す印鑑)												

※ 太枠の中を記入してください。

該当事項を○で囲んでください。