

両面印刷・裏面は記入不要

障 医療助成費支給申請書

記載例

障 受給者証の番号

健康保険証の内容

負担者番号	8 0 1 3 ○ ○ ○ ○	被保険者氏名	台東 太郎
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	(名称)	台東区国民健康保険
	保険者	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
記入不要です

受給者様名義の口座

振込先 金融機関	銀行 たいとう 信用金庫 たいとう 支店 信用組合 協同組合	口座 名義	フリガナ	タイトウ ハナコ	
				台東 花子	
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

受給者

対象者

郵便番号 110-0015 電話番号 03(5246)1111
住所 台東区東上野4-5-6

フリガナ タイトウ ハナコ
氏名 台東 花子

(○○年 ○○月 ○○日生)

代理の方が申請する場合、
こちらもご記入ください

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 ()