

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	1 非契約医療機関を受診したため 2 受給者証を提示できなかったため 3 治療用装具のため 4 都外国保・後期高齢加入のため	申 請 額	円

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	口座番号	
		2 当座		

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				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					
年 月	日～ 日	入・外				円					円			
合 計		件												

- (注) 1 保険の療養費支給決定通知書又は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します。