

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 | | | | |
| <p>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。</p> | | | | | |
| 振込先 金融機関 | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 | | 支店 | 口座 名義 | フリガナ |
| | 金融機関番号 | | 支店番号 | 1 普通 2 当座 | 口座番号 |
| <p>年 月 日 東京都知事 殿</p> <p>対象者 { 郵便番号 電話番号 () 住所 フリガナ 氏名 (年 月 日生)</p> <p>代行者 { 住所 氏名 続柄 ()</p> <p>----- 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。) -----</p> <p>送付先 { 郵便番号 電話番号 () 住所 氏名</p> | | | | | |

| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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。