

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	1	0	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			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						<input type="checkbox"/>	銀行	支店		口座名義 カタカナ 記入			
						<input type="checkbox"/>	信用金庫						
						<input type="checkbox"/>	信用組合						
						<input type="checkbox"/>	協同組合						
金 融 機 関 番 号					支店番号		<input type="checkbox"/>	1 普通		口 座 番 号			
							<input type="checkbox"/>	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 生)		
}	代行者	郵便番号	〒			電話番号			()				
		住 所											
		フリガナ 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											
		フリガナ 氏 名											
											(続柄)		

- (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方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。