

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	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。</p> <p>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	口座番号			
							1 普通					
							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							
			代行者 {		郵便番号		電話番号		()			
					住所							
			送付先 {		郵便番号		電話番号		()			
					住所							
			氏名									

----- 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。) -----

診療年月	期間	入外別	保険対象 自己負担額				一部負担金 相当額				医療助成費				医療機関名	備考
			負担限度額				付加給付額									
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
年 月	日～日	入・外				円				円				円		
合 計		件				円				円				円		

- (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します。