

記入例

第5号様式(第10条関係)

加入している健康保険の被保険者の氏名(国保の場合は世帯主の氏名)

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	5	×	被保険者氏名	杉並 なみお						
受給者番号	9	0	0	0	0	0	0	0	被保険者記号番号	15-01 1234						
保険の種類	1 協会 4 船員 7 後期高齢	2 組合 5 共済	3 日雇 6 国保	保険者					(名称)	杉並区						
									番号	0	0	1	3	8	1	5
高齢受給者証の交付の有無	1 有								自己負担割合	1 1割	2 2割	3 3割				
申請の種類	医科	灰色の部分、裏面は記入不要です							移送	7 その他						
申請の理由																

R4年 8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	杉並	銀行	阿佐ヶ谷支店	口座名義	フリガナ スギナミ ハナエ					
		信用金庫 信用組合 協同組合			杉並 はなえ					
金融機関番号	9	9	9	9	支店番号	口座番号				
					0	0	1	1 普通	0	1
				2 当座						

障害者本人の氏名

年 月 日 東京都知事 殿	対象者	郵便番号	166-0000		電話番号	03 (3333)3333		
		住所	杉並区阿佐谷南1-15-1					
		氏名	杉並 はなえ			(S 56 年 4 月 1 日生)		
代行者	郵便番号			電話番号	()			
	住所	対象者が未成年の場合は、代行者欄に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)の情報をご記入ください						
		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。)

送付先	郵便番号			電話番号	()		
	住所	送付先変更届を出している方は、こちらに送付先の情報をご記入ください					
	氏名						