

年

月

診療分

障

医療助成費支給申請書

太枠内を記入してください

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				保険者	(名称)										
	4 船員 5 共済 6 国保					※番号は右詰めで記入してください										
	7 後期高齢					番 号										
高齢受給者証 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 都契約外医療機関受診 2 都外国保・後期高齢医療保険 3 受給者証を持参しなかった 4 始期の遡及 5 その他（ ）															

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。

※対象者以外の口座には振込できません

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	口 座 番 号							
						2 当座								

令和 年 月 日
東京都知事 殿

対象者 { 住所
フリガナ
氏 名
生年月日 (歳)

申請者 (代行者) { 住所
氏 名
続 柄 電話番号

収 受 印	受 付
	給 付

注意事項
※ 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 申請書の記入漏れがないようお願いします。

申 請 額