

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 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢	保険者	(名称)	※番号は右詰めで記入してください				
			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	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 療養費(補装具・施術) 6 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
				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
	領収書等 預かり枚数
	枚

- 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