

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	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	<input type="checkbox"/> 非同意医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> 受給者証未提示 <input type="checkbox"/> ()		申請額		
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	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	口座番号	
年 月 日 東京都知事 殿					
対象者	郵便番号 住所 フリガナ 氏名	電話番号	() (年 月 日生)		
	代行者	住所 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 住所 氏名	電話番号	()		

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

- (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、医療保険での附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。