

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 | 口 座 番 号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 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 | | { | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | | { | 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。) ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | | { | 郵便番号 | | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | { | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療年月 | 期 | 間 | 入外別 | 保 険 対 象 | | | | | 一 部 負 担 金 額 | | | | | 医 療 助 成 費 | | | | | 医 療 機 関 名 | | 備 考 | | |
|------|---|---|-----|---------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|-----------|---|--|--|--|-----------|--|-----|---|---|
| | | | | 自 | 己 | 負 | 担 | 額 | 相 | 当 | 額 | 付 | 加 | | | | | | | | | 給 | 付 |
| | | | | 負 | 担 | 限 | 度 | 額 | 円 | 付 | 加 | 給 | 付 | 額 | 円 | | | | | | | | |
| 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。