

年 月 診療分 ① 障 医療助成費支給申請書

負担者番号	8 0 1 3 7 2 2 7	被保険者氏名	葛飾 一郎
受給者番号	9 4 3 2 1 2 3	被保険者記号番号	123 4567
保険の種類	1協会 2組合 4船員 5共済 7後期高齢	受給者本人の 医療保険の内容を 記入してください。	
○○○○健康保険組合		4 3 2 1 2 3 3 3	
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	□非同意医療機関で受診したため □受給者証未提示	申請額	x
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	支店番号 1 普通 2 当座 フリガナ カツシカ タロウ 葛飾 太郎
金融機関番号			口座番号 1 2 3 4 5 6 7
年 月 日 東京都知事 殿			
<p>対象者=受給者です 必ず記入をお願いします。</p> <p>受給者以外の方が申請書を記入する場合は、代行者の 記入欄に記入して下さい。</p>			
<p>郵便番号 124-0021 電話番号 03 (3695) 1111</p> <p>住所 葛飾区 立石 5-13-1</p> <p>フリガナ 氏名 カツシカ タロウ 葛 飾 太郎 (平成 2 年 1 月 1 日生)</p> <p>住所 氏名 続柄(父) 葛飾 一郎</p>			
----- 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	<p>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>氏名</p>		

診療年月	期間	入外別	保険対象額 自己負担額	一部負担金額 相当額	医療助成費		医療機関名	備考
					負担限度額	附加給付額		
年 月	日～日	入・外	円	円	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						
記入不要								
<p>注意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療月ごとに1枚作成してください。 ・加入している医療保険が変わった方は、変更の届出が必要になります。 ・領収書は必ず原本を提出していただきます。 ・控えが必要な場合には、事前にコピーをご用意のうえ、本物とコピーの両方に加え返送用封筒も提出していただけた場合は、領収書のコピーに「正本は葛飾区に提出済み」と押印を押してお返しします。 ・何かご不明な点等があればお問い合わせください。 								
<p>お問い合わせ先 葛飾区 福祉部 障害福祉課 障害事業係 直通電話 03-5654-8301 代表電話 03-3695-1111 内線2315-2316 FAX 03-5698-1531</p>								

- (注) 1 保険の療養費
なお、医療保険
2 対象者が未成年の場合は、代行者と記入して下さい。
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。