

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											
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		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		○○		支店		口座名義		フリガナ カツシカ タロウ 葛飾 太郎							
金融機関番号									支店番号		1 普通		口座番号							
											2 当座		1 2 3 4 5 6 7							
年 月 日 東京都事 殿																				
対象者 = 受給者です。 必ず記入をお願いします。																				
対象者																				
郵便番号 124-0021 電話番号 03 (3695) 1111 住所 葛飾区 立石 5-13-1 フリガナ カツシカ タロウ 氏名 葛 藤 太郎 (平成 2 年 1 月 1 日生)																				
受給者以外の方が申請書を記入する場合は、代行者の																				
代行者																				
住所 葛飾区 立石 5-13-1 氏名 葛 藤 一郎 続柄 (父)																				
----- 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		医 療 助 成 費	医 療 機 関 名	備 考
			自 己 負 担 額	相 当 額	付 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							
年 月	日～ 日								
合 計									

記入不要

注意事項

- ・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。

- (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、代理人とります。
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。