

年 月 診療分(障)医療助成費支給申請書

支給決定額	円	件
-------	---	---

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		
	保険者番号		

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 契約外機関受診 2 証交付前受診 3 都外国保・後期加入 4 その他( )	申請額	円
-------	--	-----	---

上記 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。

公金口座を利用します (こちらにチェックがある場合、以下は記入不要)

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 カタカナ記入
金融機関コード	支店番号	1 普通 2 当座	口座番号

令和 年 月 日  
東京都知事 殿

対象者 {  
住所 .....  
氏名 .....  
生年月日 大・昭・平 年 月 日 .....  
電話番号 ( ) .....

代行者 {  
住所 .....  
氏名 (続柄 ) .....  
電話番号 ( ) .....

----- 決定通知書の送付先を、対象者の住所以外へ送付希望の場合は下記へ送付先を記入(相続人を含む。) -----

送付先 {  
郵便番号 〒 ..... 電話番号 ( ) .....  
住所 .....  
氏名 (続柄 ) .....

- (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方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に、太枠内の記入をお願いします。

受付印