

記入例

年 月 診療分(障)医療助成費支給申請書		支給決定額		円	件
マル障の番号を記入↓		保険証情報を記入↓			
負担者番号	8 0 1 3 〇 〇 〇 〇	被保険者氏名	江東 太郎		
受給者番号	9 〇 〇 〇 〇 〇 〇	被保険者記号番号	1234・5678		
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	〇〇健康保険組合		
		保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
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。					
<input type="checkbox"/> 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) マル障所有のご本人口座					
振込先金融機関	みよこ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	江東 支店	口座名義 カタカナ記入	コウトウ タロウ
金融機関コード	9 9 9 9 1 3 5	支店番号	口座番号		
		1 普通 2 当座	0 9 8 7 6 5 4		
令和 〇 年 〇 月 〇 日 記入日					
東京都知事 殿					
対象者	住所	江東区東陽4-11-28			
	氏名	江東 太郎			
	生年月日	大・昭 平 〇〇 年 〇 月 〇 日			
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
[ご本人以外の方が申請される場合はご記入ください。] 代行者	住所	江東区東陽4-11-28			
	氏名	江東 花子 (続柄 妻)			
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
----- 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