

年 月 診療分 (章) 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	3 日	保険者 (名称)				番号						
	4 船員	5 共	6 国											
	7 後期高齢				自己負担割合				1	1割	2	2割	3	3割
高齢受給者証の交付の有無	1 有	2 無												
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									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		
										口座番号				
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		住所		電話番号		()						
		フリガナ氏名		(年 月 日生)										
代行者		住所		氏名		続柄()								
----- 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		住所		電話番号		()						
		氏名												

- (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。