

年 月 診療分 障 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 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢				保険者	(名称)							
						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									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。 ☐ 公金受取口座を利用します(利用する場合、口座情報の記入不要)。													
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 支店 信用組合 協同組合								口座 名義	フリガナ			
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 フリガナ 氏名 (年 月 日生) 電話番号 () 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 氏名 電話番号 ()													

