

塗りつぶし部分をご記入ください。

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	7	1	0	2	被保険者氏名	目黒 太郎				
受給者番号	9	9	9	9	9	9	9	被保険者記号番号	01234-56789					
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								
					番 号	0	1	2	3	4	5	6	7	
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								円		
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	〇〇			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	メグロ タロウ						
金 融 機 関 番 号	0	1	2	3	支店番号	① 普通	口 座 番 号							
				4	5	6	2 当座	1	2	3	4	5	6	7
年 月 日														
東京都知事 殿														
対象者	郵便番号	〒	153-0051			電話番号	03 ( 3715 ) 1111							
	住 所	目黒区上目黒2-19-15												
	フリガナ	メグロ タロウ												
	氏 名	目黒 太郎												
( 昭和11 年 1 月 1 生 )														
代行者	郵便番号	〒				電話番号								
	住 所													
	フリガナ													
	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	〒				電話番号	( )							
	住 所													
	フリガナ													
	氏 名	(続柄 )												

該当がない場合は記入不要です。

(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お願いいたします。