

年 月 診療分 (障) 医療助成費支給申請書

診療月及び太枠内
をご記入ください。

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							
	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	・都外診療のため ・受給者証到着前の診療分のため 等		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。

小平市では、本制度で公金受取口座
の利用はできません。
振込先は本人口座のみ指定可能です。

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 信用組合 協同組合		支店	フリガナ					
				口座名義					
金融機関番号		支店番号	1 普通 2 当座	口座番号					

年 月 日
東京都知事 殿

対象者 { 郵便番号 電話番号 ()
住所
フリガナ
氏名
(年 月 日生)

本人以外が申請
を行った場合のみ
ご記入ください。

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 電話番号 ()
住所
氏名

診療年月	期	間	入外別	保 險 対 象 一 部 負 担 金 額				医 療 助 成 費				医 療 機 関 名	備 考	
				自 己 負 担 額				相 当 金 額						
				負 担 限 度 額				付 加 給 付 額						
				円				円						
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
年 月	日	～	日	入	・	外								
合 計				件										

この面は記入不要です

- (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いたします。
- (注)6 国に事前に登録した公金受取口座(※)を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」のチェックボックスにチェックしてください。
(※公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律(令和3年法律第38号)第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る口座をいいます。)