

記入方法

受給者証を見て記入してください。

●●年 ●月 診

診療期間は1ヶ月単位で申請してください。

費支給申請

マイナ保険証等を見て記入してください。

負担者番号	8 0 1 3 7 1	太郎
受給者番号	9 8 7 6 5 4 3	被保険者記号番号 12-34 5678
保険の種類	1 協会 2 組 3 日 4 船員 5 共 (6) 国 7 後期高齢	保険者 (名称) 世田谷区 番号 0 0 1 3 8 1 2 3
	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	都外受診のため	3600
年 月 診療分の医療助成費の申請をし 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	口座名義 世田谷 花子
	支店	口座番号
金融機関番号	123	支店番号 (1) 普通 2 当座
金融機関番号 1 2 3 4 5 6 7		

支給申請をする理由をお書きください。  
(例)  
・都外受診のため  
・受給者証提示漏れ  
・受給者証未着等

受給者本人名義(未成年者のみ親権者でも可)の金融機関の口座を記入してください。

〇〇年 △月◇日  
東京都知事 殿

対象者 { 郵便番号 154-8504 電話番号 03 ( 5432 ) 2388  
住所 世田谷区世田谷4-21-27  
フリガナ セタガヤ ハナコ  
氏名 世田谷 花子  
( 〇〇〇〇年 △月 ◇日生)

代行者 { 住所 世田谷区世田谷4-21-27  
氏名 世田谷 太郎  
続柄( 夫 )

代行者が申請する場合は、忘れずにご記入ください。

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 { 連絡先、支給決定通知等の送付先を対象者の住所地以外に希望する場合はご記入ください。

- (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。