

記入例

〇〇 年 〇月分 (障) 医療助成費支給申請書

負担者番号	8 0 1 3 〇 〇 〇 〇	保険者	番 号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
受給者番号	9 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		名 称	板橋区
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員	記号・番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	5 共済 6 国保 7 後期高齢	被保険者等氏名	板橋 太郎	
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 一般 2 歯科 3 薬剤 4 補装具 5 施術 6 移送 7 その他			
〇 年 〇 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 〇〇 支店 信用組合 協同組合	口座名義	フリガナ イタバシ タロウ 板橋 太郎	
本人の口座を記入してください		口座番号	1 普通 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 2 当座 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
金融機関番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	支店番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

令和 年 月 日

東京都板橋区長

記入してください

対象者

郵便番号173-850 電話番号 03(3579) 2362
住所 板橋区板橋二丁目66番1号フリガナ イタバシ タロウ
氏名 板橋 太郎
(〇 年 〇 月 〇 日生)

代行者

住所 板橋区板橋二丁目66番1号
氏名 板橋 花子
続柄(妻)

1か月分ごとにご申請ください

- 1 番号をつけてある欄は〇で囲んでください。
- 2 区市町村の国保以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書と領収書などを添えて申請してください。なお保険で付加給付のある人は申し出てください。

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	負 担 限 度 額	相 当 額	付 加 給 付 額	相 当 額	付 加 給 付 額						
令和3年4月	1日～15日	入	外										〇〇病院		
令和3年4月	20日～25日	入	外										△△クリニック		
令和3年4月	20日～25日	入	外										××調剤薬局		
年 月	日～	日	入・外	入院・外来を分けてご記入ください										受診した医療機関名をご記入ください	
年 月	日			受診した期間をご記入ください											
年 月	日～	日	入・外												
年 月	日～	日	入・外												
合 計			件										1か月分ごとにご申請ください		

(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。
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。
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。
保険者番号は右詰めで、記入してください。
申請書の記入漏れがないようお願いします。