

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 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り込みください。													
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合						支店	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						
品川区長あて 年 月 日 受給者 (住所) _____ (ふりがな) _____ (氏名) _____ (生年月日) 明・大 年 月 日 (電話) _____ 昭・平													
代行者 (住所) _____ (ふりがな) _____ (氏名) _____ (電話) _____ 続柄()													
<<決定通知書送付先が受給者の住所と相違する場合のみ記入(相続人含む。)>>													
送付先 (住所) _____ (ふりがな) _____ (氏名) _____ (電話) () 続柄()													

(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、世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)申請代行者となります。

3 受給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します。

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

健康保険証を見てご記入願います。

(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、世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)申請代行者となります。

3 受給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。