

年 月分 (障) 医療助成費支給申請書

負担者番号		保険者	番号	
受給者番号			名称	
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員	記号・番号		
	5 共済 6 国保 7 後期高齢	被保険者等氏名		
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			
<p>年 月診療分の医療助成費の申請をします。</p> <p>なお、支給額決定後は下記口座にお振込みください。</p>				
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	口座番号	
			1 普通	
			2 当座	
<p>令和 年 月 日</p> <p>東京都板橋区長</p> <p>対象者 { 郵便番号 住所 電話番号 ()</p> <p>{ フリガナ氏名 (年 月 日生)</p> <p>代行者 { 住所</p> <p>{ 氏名 続柄 ()</p>				

- 1 番号をつけてある欄は○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。