

板橋区妊娠高血圧症候群等医療費助成実施要綱

(昭和 59 年 3 月 31 日区長決定)

(総則)

第 1 条 この要綱は、別表に規定する妊娠高血圧症候群等により患っている者に対する医療費の助成（以下「医療費助成」という。）に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(対象疾病の範囲)

第 2 条 医療費助成の対象となる疾病の範囲は、別表の「疾病の範囲」に規定するものとする。

(対象者)

第 3 条 医療費助成の対象となる者は、別表の「対象者」に規定する者とする。

(医療費助成の額)

第 4 条 医療費助成額は、別表の「医療費助成の額」により算定した額とする。

(医療費助成の申請)

第 5 条 別表の「対象者」の欄に掲げるもので医療費助成を受けようとする者は、医療費助成申請書（別記第 1 号様式）に次の書類を添付して区長に申請するものとする。

- (1) 診断書（別記第 2 号様式）
- (2) 世帯全員の住民票の写し
- (3) 世帯調書（別記第 3 号様式）
- (4) 本人と生計を一にする世帯全員の所得税証明書（ただし、入院見込期間が 26 日以上の方は添付を省略することができる。）
- (5) 被保険者証の写し

2 前項の申請は、退院後に申請する場合にあつては、当該退院の日から 3 か月以内に申請しなければならない。

(医療費助成対象者の認定)

第 6 条 区長は、前条の申請書の内容を審査し医療費助成の要件に該当する者であると認めるときは、医療券（別記第 4 号様式）を交付し、医療費助成の要件に該当しなかった者に対しては、通知書（別記第 5 号様式）を交付する。なお、認定基準については、別表のとおりとする。

2 医療券の有効期間は、入院予定日から退院予定日まで（退院後の申請に係るものにあつては、実入院期間）とする。

3 医療券の有効期間終了後、なお引き続き医療費助成を受けようとする者は、前条により申請ができるものとする。この場合において、住民票の写しについては、別に住所を確認することができる書類があるときは、その写しをもって代えることができる。

(医療費の助成方法)

第7条 前条第1項により医療券の交付を受けた者に対する医療費助成は、区長と契約を締結した医療機関（以下「契約医療機関」という。）に対して医療費を支払うことにより行うものとする。

ただし、必要がある場合には、医療券の被交付者に支払うことができる。

2 医療券の被交付者が、前項の医療機関以外の医療機関において医療を受けた場合には、医療券の被交付者に対して支払うことができるものとする。

(医療券の提示)

第8条 被交付者が契約医療機関において、医療を受けようとするときは、被保険者証とともに医療券を提示しなければならない。

(医療費の請求)

第9条 契約医療機関は、被交付者に対し医療を行ったときは、当該診療月の翌月10日までに、次の各号に定める方法により医療費を区長に請求するものとする。

(1) 国民健康保険診療分

「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年8月2日厚生省令第36号）」による診療報酬請求書及び診療報酬明細書を東京都国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出する。

(2) 医療保険診療分

区市町村負担医療費請求書（別記第6号様式）を社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下「基金」という。）に提出する。

2 被交付者が医療費を請求するときは、請求書（別記第7号様式）に次の書類を添付して区長に請求するものとする。

ただし、請求及び受領に関し、医療機関に委任することができるものとする。

(1) 支払金口座振替依頼書

(2) 療養証明書（別記第8号様式）又は医療費の領収書

3 前項の場合において、別表「医療費助成の額」の「2」に該当する者は、前項各号に掲げる書類のほか、医療保険における給付決定通知書等の原本又は写しも添付するものとする。

(医療費等の審査及び支払い)

第10条 前条第1項による契約医療機関に係る医療費等については、次項に定める方法により、審査及び支払に関する事務を連合会又は基金に委託して行うものとする。

2 区長は、前条1項による請求書等を受領し、その過誤を調査し適当と認めるときは、連合会を通じて、契約医療機関にその旨を通知し支払うものとする。

なお、支払い後、過誤額が確認された場合は、連合会又は基金を通じて、当該過誤額を通知するとともに、清算処理するものとする。

3 区長は前条第2項により被交付者から請求を受領したときは、その内容を審査し、適

当と認めたときは指定する口座へ振り込む方法により支払う。

(被交付者の変動に伴う処理)

第 11 条 被交付者は、氏名、住所又は被保険者証等について変更があったときは、変更届(別記第 9 号様式)により速やかに区長に届け出なければならない。

2 被交付者は、医療券を紛失した場合又は破損若しくは汚損により使用にたえなくなった場合は、医療券再交付申請書(別記第 10 号様式)により区長に医療券の再交付を申請できるものとする。

3 被交付者は、区外に転出、若しくはその他の事由により資格を喪失した場合は、速やかに医療券を区長に返還しなければならない。

付則

この要綱は、昭和 59 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱は、昭和 59 年 10 月 1 日から適用する。

付則

この要綱は、平成 2 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 3 年 6 月 18 日から施行し、平成 3 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱は、平成 4 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 6 年 6 月 3 日から施行し、平成 6 年 4 月診療分より適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 6 年 10 月 18 日から施行し、平成 6 年 10 月 1 日から適用する。

付則

この要綱は、平成 8 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の全部改正は、平成 9 年 7 月 3 日から施行し、平成 9 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 12 年 9 月 1 日から施行する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 15 年 5 月 20 日から施行し、平成 15 年 4 月 1 日より適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 17 年 4 月 25 日から施行し、平成 17 年 4 月 1 日より適用する。

付則

1 この要綱の一部改正は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

2 この要綱の施行の際、改正前の板橋区妊娠中毒症等医療費助成実施要綱による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

付則

この要綱の一部改正は、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 22 年 9 月 9 日から施行し、平成 22 年 7 月 1 日から適用する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

付則

この要綱の一部改正は、平成 25 年 9 月 1 日から施行する。

付則

- 1 この要綱の一部改正は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。ただし、別表対象者の項中、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の名称を変更する改正については、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。
- 3 この要綱による改正後の別表による HbA1c 値の判定は、「HbA1c (JDS) 値」により記載されているものについては 0.4%を加え、「HbA1c (NGSP) 値」に換算して行うことができる。

付則

- 1 この要綱の一部改正は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の板橋区妊娠高血圧症候群等医療費助成実施要綱に基づいて作成された様式の用紙で、現に残存するものについては、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

別 表

<p>疾 病 名</p>	<p>妊娠高血圧症候群等</p>
<p>疾 病 の 範 囲</p>	<p>妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患 ※裏面「妊娠高血圧症候群等医療費助成認定基準」を満たすものに限る。</p>
<p>対 象 者</p>	<p>板橋区内に住所を有する者で以下の要件(1)又は、(2)を満たす者。 ただし、生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による保護を受けている世帯(単給世帯を含む)及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯に属する者を除く。 (1) 前年分の総所得税額が30,000円以下の世帯に属する者 なお「総所得税額」とは、所得税法(昭和40年法律第33号)、租税特別措置法(昭和32年法律第26号)、災害被害者に対する租税の減免及び徴収猶予等に関する法律(昭和22年法律第175号)の規定並びに平成23年7月15日雇児発0715第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「控除廃止の影響を受ける費用徴収制度等(厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の制度に限る)に係る取扱について」によって計算された所得税の額をいう。ただし、所得税を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。 ア 所得税法第78条第1項(同条第2項第1号、第2号(地方税法(昭和25年法律第226号)314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。))及び第3号(地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。)に規定する寄附金に限る)、第92条第1項並びに第95条第1項、第2項及び第3項 イ 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項、第41条の2、第41条の3の2第1項、第2項、第4項及び第5項、第41条の19の2第1項、第41条の19の3第1項及び第2項、第41条の19の4第1項及び第2項 ウ 租税特別措置法の一部を改正する法律(平成10年法律第23号)附則第12条 (2) (1)以外の者で入院見込期間が26日以上の方</p>
<p>医 療 費 助 成 の 額</p>	<p>1 医療に要する費用の額は、診療報酬の算定方法(平成18年厚生省告示92号)により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。 2 健康保険法(大正11年法律第70号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)その他医療の給付に関する法令の規定に基づき医療に関する給付を受け若しくは受けることができたとき、又は当該医療が医療給付に関する法令以外の法令の規定により国若しくは地方公共団体の負担による医療に関する給付として行われたときは、当該医療に要する費用の額から当該医療に関する給付の額を控除した額を限度とする。</p>

妊娠高血圧症候群等医療費支給対象者認定基準

分 類	症 状
1 妊 娠 高 血 圧 症 候 群	<p>次のうち、アに掲げる重症基準を満たす者又はイに掲げる重症基準に準ずる症状がある者</p> <p>ア 重症基準</p> <p>次の①、②いずれかの基準を満たす者</p> <p>① 収縮期血圧が 160 mm H g 以上又は拡張期血圧が 110 mm H g 以上の者</p> <p>② 収縮期血圧が 140 mm H g 以上又は拡張期血圧が 90 mm H g 以上の者のうち、2 g/日以上 of 蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して 3+ (300 mg/dℓ) 以上の場合。)</p> <p>イ 重症基準に準ずる症状</p> <p>原則として、次の①から③のいずれかの症状がある者</p> <p>① 浮腫が全身に及ぶ者</p> <p>② 2 g/日以上 of 蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して 3+ (300 mg/dℓ) 以上の場合。)</p> <p>③ 収縮期血圧が 140 mm H g 以上又は拡張期血圧が 90 mm H g 以上の者のうち、300 mg/日以上 of 蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して + (20—50 mg/dℓ) 以上の場合。)</p>
(2) 子癇	<p>妊娠 20 週以降に初めてけいれん発作を起こし、てんかんや二次性けいれんが否定される者 (妊娠子癇、分娩子癇、産褥子癇)</p>
(3) その他の妊娠高血圧症候群関連疾患	<p>肺水腫、脳出血、常位胎盤早期剥離、HELLP 症候群</p>

2 糖 尿 病 及 び 妊 娠 糖 尿 病	<p>次に掲げるアからウのいずれかを満たす者</p> <p>ア 妊娠前から糖尿病と診断された者</p> <p>イ 妊娠糖尿病と診断された者</p> <p>妊娠中、75g 経口ブドウ糖負荷試験において次の①から③のいずれかを満たす者。ただし、ウと診断された者は除く。</p> <p>① 空腹時血糖値：92 mg/dℓ以上</p> <p>② 負荷後 1 時間値:180 mg/dℓ以上</p> <p>③ 負荷後 2 時間値:153 mg/dℓ以上</p> <p>ウ 妊娠時に診断された明らかな糖尿病の者</p> <p>妊娠中、次の①から④のいずれかを満たす者</p> <p>① 空腹時血糖値：126 mg/dℓ以上</p> <p>② HbA1c (NGSP) が 6.5%以上である者</p> <p>③ 確実な糖尿病網膜症を認める者</p> <p>④ 随時血糖値又は 75g 経口ブドウ糖負荷試験の 2 時間値が 200 mg/dℓ以上であって、空腹時血糖又は HbA1c により確認された者</p>
3 貧 血	血色素量がおおむね 9g/dℓ以下の者
4 産 科 出 血	産科出血による多量の出血（1ℓ以上の分娩時出血）で輸血その他の応急処置を必要とする者
5 心 疾 患	先天性又は後天性の心疾患を有し、心不全、肺水腫、心内膜炎、心房細動等の病態の悪化が認められる者

妊娠高血圧症候群等 医療費助成申請書

患 者	ふりがな											
	氏名	姓					名					
	生年月日	年 月 日生					電話	()				
住 所					-							
保 険 証	種 類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保 (退職被保険者)							本人・家族			
	記 号		番号			保険者番号						
病 名		1	2					3				
医 療 機 関	名 称											
	所 在 地											
申 請 者	ふりがな											
	氏名	姓					名					
							電話	()				
住 所					-							

上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者氏名

区長殿

保 健 所 記 入 欄	保 健 所 長 の 意 見										
	申 請 受 付 年 月 日	年 月 日			送 付 年 月 日	年 月 日					
	経 由 保 健 所	保健所									

診 断 書			
患者氏名		生年月日	年 月 日
病 名			
症 状	1 妊娠高血圧症候群 その関連疾患及び	(1) 妊娠高血圧症候群 ア 血圧 (収縮期 mmHg、拡張期 mmHg) イ 尿蛋白 24時間尿による定量 (g/日) 随時尿の場合は連続する複数回の新鮮尿検査の結果 () () ウ 全身の浮腫: あり ・ なし エ その他の症状 ()	
	2 妊娠糖尿病	(2) 子 痛 ア 妊 娠 子 痛 イ 分 娩 子 痛 ウ 産 褥 子 痛 (3) 妊娠高血圧症候群関連疾患 ア 肺水腫 イ 脳出血 ウ 常位胎盤早期剥離 エ HELLP症候群 オ その他 ()	
	3 貧血	(1) 妊娠前から糖尿病と診断 (診断年月: 年 月) (2) 妊娠糖尿病 75g 経口ブドウ糖負荷試験による静脈血漿ブドウ糖値 空腹時 (mg/dℓ) 負荷後1時間値 (mg/dℓ) 負荷後2時間値 (mg/dℓ) (3) 妊娠時に診断された明らかな糖尿病 ア 空腹時血糖値 (mg/dℓ) イ HbA1c (NGSP) (%) ウ 確実な糖尿病網膜症: あり ・ なし	
	4 産科出血	血色素量 (g/dl) ア 分娩時の出血量 (cc) イ 分娩時の輸血 あり・なし (輸血量 cc) ウ その他応急処置 あり・なし ()	
	5 心疾患	悪化した心疾患 ア 心不全 イ 肺水腫 ウ 心内膜炎 エ 心房細動 オ その他 ()	
入院(見込)期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
診断時の妊娠週数	妊娠満 週 (年 月 日 分娩予定)		
上記のとおり診断する。		医療機関コード	
年 月 日	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
医療機関 所在地			
名称			
担当医師			

※ 診断書の有効期間は、診断日から3か月以内です。

世帯調書

連絡先電話番号

()

児童の属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	職業 (勤務先) 電話番号	所得税額	備考
	(患者氏名)	患者本人				
(申請者氏名)	患者の					
	患者の					
	患者の					
	患者の					
	患者の					
(氏名)	患者の					
(住所)						
(氏名)	患者の					
(住所)						

(源泉徴収票貼付欄)

添付書類……次の所得税額証明書（前年分の所得の証明書）

(注) 所得税が課せられている方については、その全員の所得税額証明書を添付してください。
 所得税額が課せられていない方でも、確定申告書又は源泉徴収票で配偶者控除が無い場合には、その配偶者の住民税の課税証明書が必要となります。

区分	必要な所得税額証明書	発行先等
1 確定申告をしている方 (自分で事業をしている方等)	* 確定申告書の控(1面)又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	税務署受付印があるもの
	* 住民税の課税証明書 (所得税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課
2 確定申告をしていない方 (会社等に勤務の方)	* 源泉徴収票又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	勤務先 (支払者印があるもの)
	* 住民税の課税証明書 (源泉徴収税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課
3 生活保護を受けている世帯の方	* 生活保護受給世帯であることの証明書	福祉事務所長 (島しょにあっては、支庁長)

板橋区 医療券

医療券について

負担者番号	8	7	1	3	6	1	9	8
受給者番号								X
対象者	住所	板橋区						
	氏名							
	生年月日	昭和	年	月	日			
病名								
	有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事標準負担額を除いた自己負担相当額全額							
認定条件								

上記のとおり決定する。

年 月 日

板橋区長

- 1 認定された病気について治療を受けるときは、この医療券に保険証を添えて病院に提出してください。
- 2 次の場合は、この医療券を健康福祉センターに持参し、変更の手続きをしてください。
 - (1) 区内で住所を変えたとき
 - (2) 氏名を変えたとき
 - 〔(1) (2)の場合は、住民票の写しが必要です。〕
 - (3) 保険証が変わったとき
- 3 次の場合は、この医療券を健康福祉センターへお返しください。
 - (1) 有効期間が過ぎたとき
 - (2) 区外へ住所を変えたとき
 - (3) 治ゆ、死亡、健康保険の本人になったときなど、この医療券を使用しなくなったとき
- 4 次の場合は、健康福祉センターで医療券の再交付の手続きをしてください。
 - (1) 破れたとき
 - (2) 汚れたとき
 - (3) 失ったとき
- 5 引き続き医療費の助成を受けようとする方は、有効期限が切れる1か月前までに健康福祉センターで更新の手続きをしてください。

第5号様式

第 号
年 月 日

通 知 書

様

板橋区長

年 月 日付で申請された医療費の助成については、
下記の理由により認定されなかったので通知いたします。

記

患者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
病 名		医療機関	
認定され なかった 理由			

1 この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、板橋区長に対して異議申し立てをすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申し立てができなくなります。

2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、板橋区を被告として（訴訟において板橋区を代表する者は板橋区長になります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。ただし、上記1の異議申し立てをした場合には、当該異議申し立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

管轄

(注) この通知書についてのお問合せは 健康生きがい部（保健所）健康推進課（電話3579-2313）

区市町村 精密健康診査(妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児) 区市町村負担医療費請求書
 妊娠中毒症等(87136016~87136230)
 ※87136008分は、㊤東京都負担医療費請求書(みどり)にて請求してください。 医療機関コード

区市町村長殿 診療年月 平成 年 月分
 下記のとおり請求いたします。
 年 月 日 医療機関所在地
 医科 名称(電話)
 1 開設者 (印)

内 訳 No.

区市町村	負担者番号	受給者番号	保険者番号	患者氏名	本人別 家族	入院別 外来	診療 日数	自己負担金 請求額	公費分点数	備考
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
87136					本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
								食 円		
99999999				合計			件	円		

請求書送付先 〒160 東京都新宿区四谷三丁目三番地一 東京都国民健康保険団体連合会

(注) 1 入院時食事療養費に係る費用(食事提供日数×標準負担額)は自己負担金請求額の下欄 に記入してください。
 2 請求書は、診療年月ごとに別用紙にしてください。

第7号様式

請 求 書

金額	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---

内 訳

区 分	金 額	備 考
医 療 費 (療養費)	円	
医療給付金	円	
差引請求額	円	

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

患者氏名	医療券番号								
	負担者番号	8	7	1	3	6	1	9	8
	受給者番号								

請求者 住所 板橋区

電話 ()

患者又は保護者

氏名

患者との

関係 ()

(あて先)

東京都板橋区長

療 養 証 明 書 (医科用)

患者氏名

--

年 月 日生

領収済額							
------	--	--	--	--	--	--	--

(領収済額欄は、金額の頭に¥の記号を併記してください。)

※受診した病院などで証明を受けてください。

内訳

診 療 年 月	診療点数	負担区分	診 療 費		入 院	診療実日数
			食 事 療 養 費	自 己 負 担 分		
年 月分	点	定額割 2割3割	円		入 院	日
			円			
年 月分	点	定額割 2割3割	円		入 院	日
			円			
年 月分		定額割 2割3割	円		入 院	日
			円			

年 月 日

上記のとおり領収しました。

医療機関コード (甲・乙)

--	--	--	--	--	--	--

医療機関 所在地
施設名
管理者名

変 更 届

医療券番号	負担者番号	/	3							患者氏名
	受給者番号								X	

下記の欄は、変更事項のみ、記入してください。

変更年月日	年	月	日
-------	---	---	---

変 更 者	フリガナ	姓	名	男・女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日生
	氏名								
事 項	郵便番号								
	住所	東京都			区	丁目		番地	号
	種類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保 (※該当するものに○印をつけてください。)						本人・家族	
証	記号								
申	フリガナ	姓		名					
請	氏名								
者	郵便番号								
住	住所	東京都			区	丁目		番地	号
所	種類	団地・荘 マンション						号	様方

（上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者・氏名

患者との関係 ()

(あて先)

板橋区長

受理年月日	年	月	日	経由	健康福祉センター
-------	---	---	---	----	----------

医療券再交付申請書

フリガナ			生年	昭和			日生
患者氏名	姓	名	月日	平成	年	月	日
郵便番号			電話	()			
住 所	東京都	区	丁目	番	地	号	
		団地・荘 マンション	号				様方
申 請 理 由	1 破れた 2 汚れた 3 失った						
	(理由)						

上記の理由により、医療券の再交付を申請します。

年 月 日

申請者・氏名

患者との関係 ()

(あて先)

板橋区長

負担者番号	/ 3	受理年月日	年 月 日
受給者番号	/	経由	健康福祉センター