

## 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	保険者 (名称)	
	4 船員 5 共済 6 国保		
	7 後期高齢	番号 右詰記入	
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 保険給付に限る	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	<input type="checkbox"/> 受給者証を使わず自己負担額を払った。 <input type="checkbox"/> 受給者証を提示せず自己負担額を払った。 <input type="checkbox"/> その他( )		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、新宿区障害者福祉サービス口座 又は 下記口座にお振込みください。

振込先 金融機関	銀行	支店	口座 名義	フリガナ	
	信用金庫				
	信用組合				
	協同組合				
金融機関番号	支店番号	1 普通	口座番号		
		2 当座			

東京都知事（新宿区長）あて 年 月 日

対象者 (受給者)	〒 TEL	(成年後見人・相続人を含む) 代行者	〒 TEL
	住所		住所
	フリガナ		フリガナ
	氏名		氏名
	生年月日		続柄

送付先欄は、決定通知書送付先が、対象者(受給者)の住所と相違する場合(成年後見人・相続人を含む)に記入

送付先	<input type="checkbox"/> 代行者	〒	住所
	<input type="checkbox"/> その他	TEL	氏名

(注意)

**添付文書確認**

**領収書** 枚

**他資料** 枚

**添付文書返却確認**

あり

なし

**公費併用確認**

更正医療

精神通院医療

マル都

特定疾病療養受療証

( )

- 領収書を添えて申請してください。ただし、領収書を保険者に提出する場合は、領収書の写し及び保険の療養費支給決定通知書等を添えて申請してください。また、領収書の返却が必要な方は申し出てください。
- 保険者から高額療養費又は付加給付金等が支給された場合は、前記1に加えて支給決定通知書等(支給決定通知書等が交付されない場合は、支給を確認できる書面)を添付して申請してください。
- 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。
- 対象者以外の方が申請書を記入するときは、代行者欄にも記入してください。
- 次の①及び②のように申請者が限定される場合は、当該申請者であることを証する書面等を添付してください。  
① 成年後見人が定められたときは、成年後見人 ② 対象者死亡後の申請は、相続人の代表者
- 対象者以外の口座には振り込みできませんので注意してください。ただし、対象者が死亡している場合は、相続人の代表者の口座に限ります。
- 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いたします。(記入箇所・・・左側の太線枠内の網掛部分で該当する箇所)

診療年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
期間(日)	~	~	~	~	~	~	~
助成(申請)の種類	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6・7
医療機関名							
入院・外来の別	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
A 総医療費							
	6047 A*10%						
B 自己負担額							
C 負担限度額							
D 高額療養費							
E 付加給付金等							
F 一部負担金 6047 10% or 限度額							
G B-(D+E+F) C-(D+E+F) 医療助成費							

支給額	円						
Gの合計							
	<input type="checkbox"/> 医療費助成対象外 (取下/返戻/却下) <input type="checkbox"/> 領収書返戻 ( 枚中 枚) <input type="checkbox"/> 処理保留 ( 枚中 枚) ・ 高額療養費調査 ・ 保険給付内容調査 ・ 領収書記載項目調査 ・ その他			確認・計算②	確認・計算①	新宿区收受印	