

令和 3 年 10 月 診療分 障 医療助成費支給申請書

申請者情報欄: 負担者番号 80137078, 受給者番号 9123456, 保険の種類 6 (国保), 申請の種類 1 (内科)

申請理由欄: 1. 始期が遡って適用になったため。 2. 東京都の契約外の医療機関に受診したため。

令和 3 年 10 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。

振込先金融機関欄: ゆうちょ 銀行, 口座名義 墨田 花子, 口座番号 0123456

対象者情報欄: 住所 墨田区石原1丁目23番20-506号, 氏名 墨田 花子 (大正・昭和・平成 53 年 11 月 18 日生)

送付先欄: 送付先住所, 氏名

診療内容表: 診療年月, 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

- 1 保険の療養費支給決定通知書又は領収書等を添えて申請してください。
2 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。

【注意事項】

- (1) 記入誤りの場合 => 誤り部分を二本線で消して、その上に正しい内容を記入。金融機関の誤りについては、二重線の上に訂正印を押してください。
(2) 申請書は、領収書の診療月ごとに1枚必要です。 (3) 代筆可
(4) 保険診療分医療費の一部負担金の領収書(点数表示のもの)が助成対象となりますので、領収書(原本)を添付してください。

① 診療年月・受給者番号・医療保険情報 ※受診当時(領収書の受診日)の情報を記入。申請時の情報ではないので注意!

- ◆提出する領収書の診療年月を記入 ◆負担者番号・受給者番号: 受給者証の記載内容
◆被保険者氏名・被保険者証記号番号・保険の種類・保険者(名称・番号): 受給者が加入している健康保険証の情報
◆高齢受給者証の交付の有無: 70歳から74歳までの間に受診した分の申請は「1」、それ以外は「2」 ◆自己負担割合: 該当するものに○

② 申請の種類・申請の理由

- ◆申請の種類: 該当するものに○ ◆申請の理由: 該当するものに○

③ 振込先金融機関 ※本人名義の金融機関情報を記入(本人名義の口座以外には、振込できません。)

- ◆金融機関情報(銀行名・支店名)・預金種別: ○を付け忘れることが多いので気をつけてください。
◆口座名義: 上段にカタカナ、下段に漢字氏名 ■金融機関コード: わかる場合のみ記入してください。

④ 対象者情報 ※受給者本人の情報を記入してください。

申請日(書類提出日)・郵便番号・(日中に連絡がつく)電話番号・住所・氏名(フリガナ含む)・生年月日を記入し、押印してください。
※破線部の送付先欄は、決定通知書の送付先を変更したい場合のみ、必要事項を記入・押印してください。

⑤ 診療内容 ※こちらの欄の記入は任意になりますが、円滑な支払事務を行うため、可能な限り記入にご協力ください。

- 注意: 内容は、医療機関ごとに記入してください。
◆期間: 実際に診療を受けた期間 ◆入院外来の別: 該当するものに○
◆医療機関名: 提出する領収書の医療機関名称(医療法人○○会などの法人名は記入不要です。)

●記入したら、申請書、領収書(原本)の順でホチキス留めしてください。領収書は、医療機関ごとに診療日が古いものを上にしてください。書類を郵送または直接担当窓口へ提出してください。提出後、区で支払処理を行い、処理が完了したら受給者に対して決定通知書を送付します。

【申請書受付先】 墨田区 福祉保健部 障害者福祉課 障害者給付係(3階) 電話: 03-5608-6163 FAX: 03-5608-6423
〒130-8640 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 受付時間: 平日・午前8時30分から午後5時まで