

患者(本人)個人番号																			
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療費助成申請書 (新規・更新・その他)

患 者	フリカゝナ											性別	男	生年	年 月 日 生						
	氏名	姓					名						女		月 日	(満 歳)					
者	住所	郵便番号						—					電話番号								
		東京都										丁目			番 号						
		団地・荘・マンション										号			様方						
保	種類	協会けんぽ・船員・日雇・健保・共済・国保・その他 ()																			
	記号						番号					保険者番号									
険	被保険者	フリカゝナ																			
		氏名	姓					名													
病名		1					2					3									
医療 機関	名称																				
	所在地																				

患者本人に代わって申請する場合、下欄に記入してください。

申 請 者	フリカゝナ																	
	氏名	姓					名											
者	住所	患者と住所・電話番号が異なる場合は、下欄に記載してください。 ※住所が異なる場合、理由と続柄が分かる書面を添付してください。																
		郵便番号						—					電話番号					
		東京都										丁目			番 号			
団地・荘・マンション										号			様方					

東京都知事殿

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 患者との続柄 ()

(自署又は記名押印)

※收受印欄

【自治体記入欄】

(1) 申請者(代理人)の身元確認	1.個人番号カード 2.運転免許証 3.運転経歴証明書 4.旅券 5.障害者手帳 6.在留カード 7.その他 ()
(2) 代理権確認 ※患者と申請者が異なる場合	1. 戸籍謄本等(法定代理人) 2.委任状(任意代理人) 3.その他 ()
(3) 本人の番号確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民票の写し 4.住民基本台帳等の確認(※この場合は(1)、(2)の記載不要) 5.その他 ()
(4) 住民票情報職権確認	<input type="checkbox"/> ※①氏名、②住所、③申請者が代理人の場合は扶養義務者であることを職権確認して住民票の写しを省略する場合、左のチェックボックスを選択。なお、氏名及び住所の表記は、住民票に合わせること。

(注) ①申請日前3か月以内に発行された診断書及び②医療保険の資格確認情報が確認できる書類を添付してください。

患者(本人)個人番号

医療費助成申請書 (新規・更新・その他)

患 者	フリカゝナ							性別	男	生年	年 月 日 生					
	氏名	姓	名				女		月日	(満 歳)						
者	住所	郵便番号				—		電話番号								
		東京都						丁目 番 号								
		団地・荘・マンション						号 様方								
保	種類	協会けんぽ・船員・日雇・健保・共済・国保・その他 ()														
	記号					番号					保険者番号					
険	被保険者	フリカゝナ							名							
		氏名	姓													
病名		1			2			3								
医療 機 関	名称															
	所在地															

患者本人に代わって申請する場合、下欄に記入してください。

申 請 者	フリカゝナ							名						
	氏名	姓												
者	住所	患者と住所・電話番号が異なる場合は、下欄に記載してください。 ※住所が異なる場合、理由と続柄が分かる書面を添付してください。												
		郵便番号				—		電話番号						
		東京都						丁目 番 号						
		団地・荘・マンション						号 様方						

東京都知事殿

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 患者との続柄 ()

(自署又は記名押印)

※收受印欄

【自治体記入欄】

(1) 申請者(代理人)の身元確認	1.個人番号カード 2.運転免許証 3.運転経歴証明書 4.旅券 5.障害者手帳 6.在留カード 7.その他 ()
(2) 代理権確認 ※患者と申請者が異なる場合	1. 戸籍謄本等(法定代理人) 2.委任状(任意代理人) 3.その他 ()
(3) 本人の番号確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民票の写し 4.住民基本台帳等の確認(※この場合は(1)、(2)の記載不要) 5.その他 ()
(4) 住民票情報職権確認	<input type="checkbox"/> ※①氏名、②住所、③申請者が代理人の場合は扶養義務者であることを職権確認して住民票の写しを省略する場合、左のチェックボックスを選択。なお、氏名及び住所の表記は、住民票に合わせること。

(注) ①申請日前3か月以内に発行された診断書及び②医療保険の資格確認情報が確認できる書類を添付してください。

患者(本人)個人番号

医療費助成申請書 (新規・更新・その他)

患 者	フリカゝナ							性別	男	生年	年 月 日 生				
	氏名	姓	名				女		月日	(満 歳)					
者	住所	郵便番号				—		電話番号							
		東京都						丁目	番 号						
		団地・荘・マンション						号	様方						
保	種類	協会けんぽ・船員・日雇・健保・共済・国保・その他 ()													
	記号					番号				保険者番号					
険	被保険者	フリカゝナ							名						
		氏名	姓												
病名		1	2				3								
医療 機 関	名称														
	所在地														

患者本人に代わって申請する場合、下欄に記入してください。

申 請 者	フリカゝナ							名					
	氏名	姓											
者	住所	患者と住所・電話番号が異なる場合は、下欄に記載してください。 ※住所が異なる場合、理由と続柄が分かる書面を添付してください。											
		郵便番号				—		電話番号					
		東京都						丁目	番 号				
団地・荘・マンション						号	様方						

東京都知事殿

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

患者との続柄 ()

(自署又は記名押印)

※收受印欄

【自治体記入欄】

(1) 申請者(代理人)の身元確認	1.個人番号カード 2.運転免許証 3.運転経歴証明書 4.旅券 5.障害者手帳 6.在留カード 7.その他 ()
(2) 代理権確認 ※患者と申請者が異なる場合	1. 戸籍謄本等(法定代理人) 2.委任状(任意代理人) 3.その他 ()
(3) 本人の番号確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民票の写し 4.住民基本台帳等の確認(※この場合は(1)、(2)の記載不要) 5.その他 ()
(4) 住民票情報職権確認	<input type="checkbox"/> ※①氏名、②住所、③申請者が代理人の場合は扶養義務者であることを職権確認して住民票の写しを省略する場合、左のチェックボックスを選択。なお、氏名及び住所の表記は、住民票に合わせる。

(注) ①申請日前3か月以内に発行された診断書及び②医療保険の資格確認情報が確認できる書類を添付してください。