

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	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保										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							
	住 所							電話	()						
		-													
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															
東京都知事殿															
申請受付 年月日 年 月 日															