

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	協会・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					
	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	経 由 保健所	保健所
-------------	-------	------------	-----