

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 險 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
-------------	-------	------------	-----