

第 20 号様式(第 28 条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

住 所.....

氏 名.....

医療費の助成に関する届

下記のとおり、医療費の助成に関する事項に変更があつたので、届け出ます。

記

|                             |                             |              |       |            |            |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| (ふりがな)<br>氏 名               |                             |              | 負担者番号 |            |            |  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                             |              | 受給者番号 |            |            |  |  |  |  |  |  |  |
| 他の法令により医療費の給付を受けられるようになった場合 | .....による医療費の助成を受けられるようになった。 |              |       |            |            |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険の資格情報に変更があつた場合          | 変更前                         | 保険の種類<br>( ) | 記号番号  | 記 号<br>番 号 | 保 険<br>者 名 |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | 変更後                         | 保険の種類<br>( ) | 記号番号  | 記 号<br>番 号 | 保 険<br>者 名 |  |  |  |  |  |  |  |

備考

この届出書には、次の書類を添付してください。

- 1   他の法令により医療費の給付を受けられるようになった場合  
      医療券
- 2   医療保険の資格情報に変更があつた場合  
      (1) 変更後の医療保険の資格情報を記載した書類（※ただし、以下に個人番号を記載し、番号法により、当該書類と同一の内容を含む情報の提供を受けられる場合は添付を要しません。）  
      (2) 医療券の写し

【注】医療保険資格情報の情報連携を希望しない場合は、以下の欄にマイナンバーを記載しないでください。

|                  |  |
|------------------|--|
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |
|------------------|--|

※個人番号を記載し、郵送で東京都へ提出する場合は、個人番号カードの写し（表面及び裏面）を添付してください。

# 【記入上の注意】

第 20 号様式(第 28 条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

住 所.....

氏 名.....

医療費の助成に関する届

下記のとおり、医療費の助成に関する事項に変更があつたので、届け出ます。

記

|                             |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| (ふりがな)<br>氏 名               |  | 負担者番号                       |  |  |  |  |  |  |  |
|                             |  | 受給者番号                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 他の法令により医療費の給付を受けられるようになった場合 |  | .....による医療費の助成を受けられるようになった。 |  |  |  |  |  |  |  |

|                    |     |  |
|--------------------|-----|--|
| 医療保険の資格情報に変更があつた場合 | 変更前 |  |
|                    | 変更後 |  |

備考  
この届出書には、次の書類を添付してください。  
3 他の法令により医療費の給付を受けられるようになった場合、医療費の助成を受けるための書類を添付してください。  
4 医療保険の資格情報に変更があつた場合、変更後の医療保険の資格情報を記載し、番号法により、添付を要しません。  
(2) 医療券の写し

## ●マイナンバーを記載しない場合

・医療保険の資格情報を記載した書類の提出が必要です。

例)「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」、  
「マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの」、  
「有効期限内の旧健康保険証の写し(経過措置)」

## ●マイナンバーを記載する場合

・医療保険の資格情報を記載した書類の提出は不要です。

・区市町村の窓口へ提出される場合は、マイナンバーカードを窓口にご提示ください。

・郵送にて東京都へ提出される場合は、マイナンバーカードの写し(表面及び裏面)を添付してください。

医療保険資格情報の情報連携を希望しない場合は、以下の欄にマイナンバーを記載しないでください。

|                  |  |
|------------------|--|
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |
|------------------|--|

※個人番号を記載し、郵送で東京都へ提出する場合は、個人番号カードの写し(表面及び裏面)を添付してください。

(日本産業規格 A