

都医療券(気管支ぜん息)の更新を忘れずに!

見本

都医療券
(食事療養標準負担額のみ本人負担)

負担者番号	8	2	1	3	7	〇	〇	〇
受給者番号								
対象者	住所							
	氏名							
	生年月日							
疾病名	気管支ぜん息							
有効期間	平成〇年〇月〇日から 平成〇年〇月〇日まで							
助成内容	上記認定疾病について、医療保険各法を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養標準負担額を除く。)							
その他								

平成〇年〇月〇日

〇〇〇〇〇〇〇〇 公印

見本

都医療券
(本人負担あり)

負担者番号	8	2	1	3	7	〇	〇	〇
受給者番号								
対象者	住所							
	氏名							
	生年月日							
疾病名	気管支ぜん息							
有効期間	平成〇年〇月〇日から 平成〇年〇月〇日まで							
月額自己負担限度額	6,000円							
助成内容	上記認定疾病について、医療保険各法を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。)のうち月額6,000円を超える額							

平成〇年〇月〇日

〇〇〇〇〇〇〇〇 公印

有効期間を確認してください。

- 有効期間を過ぎた医療券は使えません。
- 都外に転出された方は助成の対象ではなくなります。

必ず有効期間内に更新の手続きをしてください。

- 更新の手続きに必要な書類は有効期間満了の約2か月前にお送りします。
- 書類はお住まいの区市町村担当窓口にありますので、届かない場合や早めに入手したい場合は御連絡ください。

ご不明な点はお住まいの区市町村担当窓口へ