

(表)

年 月 日	
東京都知事 殿 一部負担金相当額支給申請書 金 額 _____ 円 上記金額の支給を申請します。	
ふりがな	(郵便番号 _____)
氏 名	住 所 日中連絡がとれる電話番号 _____
生年月日	年 月 日生 被爆者健康手帳(受給者)番号 _____
後期高齢者医療被保険者証の番号を記入してください。	保 険 者 号 _____
	受 給 者 番 号 _____
※被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由	
支払希望金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 店 預金種別 普 通 ・ 当 座 口座番号 _____
備 考 ※の欄は、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関で受診した場合に記入してください。 医療機関等が発行した領収証を添付している場合、裏面の領収書の記載は不要です。	

(裏)

領 収 書

患者氏名 _____ 様

領収金額						
------	--	--	--	--	--	--

《入 院》	一 部 負 担 金	食 事 療 養 費 生 活 療 養 費	診 療 (調 剤) 点 数	負 担 区 分
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 円	_____ 点	(割)
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 円	_____ 点	(割)
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 円	_____ 点	(割)
《外 来》	一 部 負 担 金	診 療 (調 剤) 点 数	負 担 区 分	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	
年 月 (日 分)	_____ 円	_____ 点	(割)	

上記の金額を領収いたしました。

年 月 日

所在地
施設名
医療機関名 管理者 _____ (印)
担当者(所属課)
電 話

備考 医療機関で記入してもらってください。
領収証の添付がある場合は記入不要です。