

年 月 日

東京都知事 殿

住 所

氏 名
電話 ()

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) 氏 名	負担者番号	8	2	1	3	4	0	0	8
	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。

健康保険証に変更があつた場合	変更前	保険の種類 ()	記号 番号	記 号 番 号	保 險 者 名	
	変更後	保険の種類 ()	記号 番号	記 号 番 号	保 險 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 健康保険証に変更があつた場合
 - (1) 変更後の健康保険証の写し
 - (2) 医療券の写し