

健康保険 医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

●この該当届は、小学生から74歳までの、国や自治体から医療費助成を受けている被保険者および被扶養者が提出して下さい。

提出日：令和 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者	記号	○○○○	氏名	○○○ ○○○		生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日
	番号	○○○○○○○○		平成 ○○年 ○○月 ○○日			
	被保険者の現住所	〒 - 電話番号					現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。
事業所（所属）	○○○（株）○○○支店○○部						
医療費助成対象者	対象者の氏名	○○○ ○○○	生年月日	昭和 平成 令和	○○年 ○○月 ○○日	続柄	長男など
	対象者の住所	〒 - ※被保険者の現住所と異なるときに記入して下さい。					
	医療費助成の種類 （該当項目に○印を付して下さい。）	1. 子ども医療費助成 2. 特定疾患（指定難病）医療費助成 3. 小児慢性特定疾患医療費助成 4. 重度心身障がい者医療費助成 5. ひとり親家庭等医療費助成 6. 自立支援医療費助成 7. 妊産婦医療費助成 8. その他（ ）					
	認定日等について	初めて認定を受けた日			初めて認定を受けた日から現在まで空白期間なく認定されていますか		
	平成・令和 年			・ いいえ			
	令和 年 月			月 日			
医療費助成の内容	医療機関窓口での自己負担は		・ なし				
	自己負担ありに該当される場合	1. 通常ど	い				
		2. 定額を負	円				
		通院	円				
		入院1日	円（上限月額				
		3. その他（	）				

【注意事項】

1. 医療費助成受給証（表面・裏面）の写しを裏面に貼付けて下さい。
2. この申請書は対象者1名につき1枚提出して下さい。また、複数の医療費助成を受けられる方は、制度ごとに1枚提出して下さい。
3. 助成内容に変更があった場合や、医療受給証に更新があった場合は医療費助成該当届（変更）を提出して下さい。
4. 助成期間の途中で医療費助成が終了した場合は、医療費助成該当届（終了）を提出して下さい。
5. 医療費助成と当組合からの付加給付金が重複していたことが判明した場合は、給付金を返納して頂くことになります。
6. 県外受診等により医療費助成が受けられなかった場合は、申し出て頂きますようお願いいたします。

担当	G L	事務長	常務理事