

常務理事	事務長	担当者

医療費助成制度該当届（新規・更新・変更・終了）

提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	事業所名				部署名	
	被保険者証 記号・番号	記号		番号	連絡先 電話番号	
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					

受 給 者 （ 助 成 対 象 者 ） 情 報	フリガナ			性別	男 ・ 女	続柄	
	受給者氏名						
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	
	フリガナ						
	住 所						
	医療費助成 制度の種類	制度名称	1. 乳幼児(子ども)医療費助成		2. 障害者医療費助成		
			3. ひとり親家庭医療費助成		4. 特定医療費(指定難病)助成		
			5. 小児慢性特定疾病医療費助成		6. 自立支援医療費助成		
		7. その他 ()					
変更・終了日	年 月 日						
変更・終了理由							

●市区町村等発行の「受給者証（表・裏）」のコピーもしくは市区町村等からの通知書のコピーを必ず添付してください。

<注意事項>

1. 受給者証が更新された場合は「医療費助成制度該当届（更新）」として提出してください。
2. 助成内容に変更があった場合は「医療費助成制度該当届（変更）」として、変更となった助成制度・変更後の助成内容・変更日・変更理由を記入のうえ提出してください。
3. 助成期間の途中で医療費助成に該当しなくなった場合は「医療費助成制度該当届（終了）」として、終了となった助成制度・終了日・終了理由を記入のうえ提出してください。

受付日付印