

常務理事	事務長	担当者

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

※県外・市外へ転居した場合は再提出が必要です！

提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	事業所名				部署名	
	被保険者 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 ()				
	医療費助成制度 の内容						
	開始・変更・ 終了日	年 月 日					
開始・変更・ 終了理由							

●市区町村等発行の「受給者証（表・裏）」のコピーと、市区町村等からの通知書のコピーを添付してください。

<注意事項>

1. 医療助成が開始された場合は「医療費助成制度該当届（新規）」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. 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。
4. 健康保険組合では医療助成の開始・変更・終了が把握できません。必ず届出をご提出ください。

受付日付印