【１年毎の更新となります 】

医療費助成制度対象外証明

健康保険被保険者		保険者名	日本製鉄健康保険組合
記　号	番　号　（右づめで記入）		
住　　所	（〒　　－　　） （TEL：　　）		
被扶養者名		男・女	・平成　・令和　（いずれかに○） 年　　月　　日生

自治体の医療費助成について対象外であることを下記に証明してください。

令和　　年　　月　　日

市区町村 殿

被保険者氏名

証　明　書

医療費助成対象外期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで

対象外となる理由

１　所得制限のため

２　その他（　　）

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

市区町村

印

※これに代わる市区町村からの証明（不認定通知・非該当通知等）がある場合は、
その写しの添付により証明欄の記載と同等とみなします。

（R6.12）

日本製鉄健康保険組合