

公費助成資格確認届

記号		番号	
被保険者氏名			

被保険者住所				
公費助成資格	1. ありました		2. ありません	
該当する公費	1. 乳幼児(含申請予定) 2. 老人 3. 母子 4. 身障者 5. 特定疾患 6. その他()			
負担方式	1. 現物給付方式		2. 償還払い方式	
負担割合	1. 保険優先		2. 保険優先(附加給付含む)	
該当者氏名	続柄	生年月日	公費助成開始	公費助成期限
		昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

新生児、母子家庭の母子、身障者等に該当する方は国、都道府県、市町村より医療費の自己負担分に係る助成を受けることができます。市町村で確認された期間を記入の上、この用紙を必ず健康保険組合に提出下さい。
(公費の有無に関わらず、該当者は提出願います。)

健保受付印