

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）

ユニチカ健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	事業所名				部署名	
	被保険者等 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	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 ()						
		受給者番号							
		受給者証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	都 道 府 県		市 区 郡		区 町 村		
	助成期間 (有効期間)	年 月 日 ~ 年 月 日 (通院・入院・両方)		年 月 日 ~ 年 月 日 (通院・入院・両方)		※ 通院と入院で助成期間が異なる場合は、それぞれの期間を記入してください。			
	一部負担金 (自己負担)	医療機関窓口での一部負担金		有 ・ 無					
有 の場合		1. 窓口で3割(または2割)負担後、(申請により)払戻しされる 一部負担金の有無 有 ・ 無 ※有の場合は2も記入							
		2. 一部負担金 入院：医療機関あたり1日・1月 ()円まで 通院：医療機関あたり1日・1月 ()円まで 3. 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. すでに届出いただいている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。