

福 祉 医 療 適 用 者 届

適用となりました福祉医療について、以下のとおり届出をいたします。

|                  |                                           |                                                         |     |              |
|------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|--------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 会 社<br>所 属                                | 勤務先Tel：（        ）        —                              |     |              |
|                  | 記 号                                       |                                                         | 氏 名 | <div>印</div> |
|                  | 番 号                                       |                                                         |     |              |
| 適<br>用<br>者      | フリガナ<br>氏 名                               | 生年月日：        年        月        日<br>大・昭・平・令<br>続柄：      |     |              |
|                  | 現住所                                       |                                                         |     |              |
| 適<br>用<br>内<br>容 | 種 類                                       | 1. 心身障害者医療費助成<br>2. 母子家庭等医療費助成<br>3. その他（        ）      |     |              |
|                  | 認 定<br>自治体                                | 県 市 町 村        認 定                                      |     |              |
|                  | 期 間                                       | 年        月        日        ～        年        月        日 |     |              |
|                  | 疾病名                                       | 1. 全ての疾病に適用<br>2. 特定の疾病のみ（疾病名：        ）                 |     |              |
|                  | 範 囲                                       | 1. 入院のみ適用        2. 通院のみ適用<br>3. 入院・通院ともに適用             |     |              |
|                  | 窓 口<br>支 払                                | 1. あり（        円）        2. なし                           |     |              |
| 証拠書類             | 1. 地方自治体から交付された受給者証の写<br>2. その他（        ） |                                                         |     |              |

《注意事項》

- 1. 地方自治体から福祉医療制度の適用により、医療費の助成を受けることとなりましたら、速やかにお届けください。
- 2. 必ず「証拠書類」を添付ください。
- 3. もし、お届けが遅れた場合、当組合から支給済みの給付金をご返納いただく事もございますのでご了承ください。

.....

受 付 印

|           |       |         |
|-----------|-------|---------|
| 健康保険組合処理欄 |       |         |
| 担 当       | 事 務 長 | 常 務 理 事 |
|           |       |         |