

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

令和 年 月 日

四国電力健康保険組合 御中

福祉医療適用者届

<記入時の注意事項>

適用となりました福祉医療適用者

- ① 「会社・所属」欄は、現在お勤めの会社・部所名およびその連絡先電話番号をご記入ください。
- ② 被保険者「氏名」欄については、従業員ご本人様の氏名をお願いします。

被 保 険 者	① 会社・所属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター		
	記号	4000	② 氏名	健保 太郎 (印)
	番号	1234567		
適 用 者	フリガナ氏名	健保 二郎 生年月日： 大・昭・平 令 17年10月11日 続柄： 二男		
	現住所	〒0000-0000 00市 0000 0000		
適 用 内 容	③ 種類	1. 心身障害者医療費助成 2. 母子家庭等医療費助成 3. その他 (乳幼児医療費助成)		
	認定自治体	00県 00 県市町村 認定		
	④ 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	疾病名	1. 全ての疾病に適用 2. 特定の疾病のみ (疾病名：)		
容 範 囲	範囲	1. 入院のみ適用 2. 通院のみ適用 3. 入院・通院ともに適用		
	⑤ 窓口支払	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 2. その他 ()		

<注意事項>

1. 地方自治体から交付された受給者証の写
2. 必ずしも必要とは限りませんが、提出することをお勧めします。
3. もしも、提出できない場合は、必ず当組合に連絡をお願いします。

.....

<記入時の注意事項>

- ③ 「種類」欄については、「1」および「2」以外の場合、「3」を○で囲み、かっこ内に届出の公費名をご記入ください。
- ④ 「期間」欄については、**届出の公費による助成を受け始めることとなった最初の日付から**ご記入ください。
- ⑤ 「窓口支払」欄については、「認定自治体」に記載の市町村等で受診した時の窓口支払が一切不要な場合、「2. なし」を○で囲んでください。

<その他注意事項>

当組合では、6歳までのお子様については、一律に「公費扱い」として登録しておりますので、**6歳以降、引き続き公費による助成を受け続けられる方**、もしくは、**6歳以降、新たに公費による助成を受けることとなった方**については、**必ず当組合**
