

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

福祉医療非適用者届

<記入時の注意事項>

非適用となりました

- 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	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		
非 適 用 者	フリガナ 氏 名	健保 花子 生年月日： 大・昭・平 令 12年 8月 9日 続柄： 長女		
	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
非 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)		
	年 月 日	令和 年 月 日より		
	理 由	1. 自治体規定の所得制限による 2. 助成要件の解消・期間の終了 3. その他 ()		
証拠書類		1. 地方自治体からの通知の写 (非適用年月日・理由が明記されたもの) 2. その他 ()		

<注意事項>

<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。

<その他注意事項>

当組合へ「福祉医療適用者届」による届出をいただいた方について、公費による適用が
終了した際は必ず本届出用紙によりご申請ください。

ご申請をいただいていない場合、**本来支給すべき給付金の計算が正常に行われない
こともあります**ので、くれぐれもご注意ください。

.....				理事
-------	--	--	--	----