



健康保険 医療助成不該当届

被保険者情報	被保険者	記号 —	番号 —	ふりがな 氏名	
	住所	〒	—	電話番号	()
				携帯番号	()
事業所名称					

不該当対象者欄	不該当者氏名	続柄	生年月日	年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	住所	〒	—	電話番号	()		
				携帯番号	()		
	不該当年月日	令和 年 月 日					
制度名称	1. 乳幼児・子ども児医療助成 2. ひとり親家庭等医療助成 3. 特定疾患医療助成 4. 重度心身障害者医療助成 5. 自立支援医療助成 6. 精神通院医療助成 7. その他()						
助成を受ける公的機関名			公的機関 TEL	()			
不該当の理由							

注意事項

1. 被保険者本人が不該当になった場合も「不該当者氏名」を記載のこと。
2. 再度助成を受ける場合は、「医療助成該当届」を提出すること。