

事業所担当印



健康保険 医療助成不該当届

← 事業所担当者が押印します

被保険者情報	記号	番号	ふりがな	けんぽ たろう			
	被保険者	18	—	112345	氏名	健保 太郎	
	住所	〒	105	—	0022	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
						携帯番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
東京都港区芝1丁目1番1号 コスモマンション301号室							
事業所名称	コスモ石油						

不該当対象者欄	不該当者氏名	健保 次郎	続柄	次男	生年月日	年	月	日	
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1	9	10	
					2	0			
	住所	〒	105	—	0022	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
						携帯番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	東京都港区芝1丁目1番1号 コスモマンション301号室								
不該当年月日	令和	〇〇年	〇〇月	〇〇日	不該当となった日付を記載ください				
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() 助成対象の制度名称に○をしてください								
助成を受けた公的機関名	東京都港区		公的機関 TEL		03	(〇〇〇〇)	〇〇〇〇		
不該当の理由	助成対象外の年齢に達したため								

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。