



## 健康保険 医療助成該当届(新規・変更)

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

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

### 注意事項

1. 本人が該当する場合も「該当者氏名」を記載のこと。
  2. 市区町村等発行の「医療証(表・裏)」のコピーを必ず添付すること
  3. 助成内容に変更があった場合は、「医療助成変更届」として提出する
  4. 助成を受けられなくなった場合は、「医療助成不該当届」を提出する。(別紙)
- \*市町村からの医療助成と重複給付していたことが判明した場合は、健保給付金を返納していただきますのでご注意ください。