



健康保険 医療助成該当届(新規・変更)

← 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
事業所名称	コスモ石油					東京都港区芝1丁目1番1号 コスモマンション301号室	

助成対象者欄	該当者氏名	健保 未来	続柄	長女	生年月日	年	月	日			
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0	5	0	7	0	7
	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				
助成期間	令和	令和 発行されている証に記載されている 期限を記載してください			05年	07月	07日	～	〇〇年	〇〇月	〇〇日
制度名称	<input checked="" type="radio"/> 1. 乳幼児・子ども児医療助成 3. 特定疾患医療助成 5. 自立支援医療助成 7. その他()					2. ひとり親家庭等医療助成 4. 重度心身障害者医療助成 6. 精神通院医療助成					
助成を受ける公的機関名	東京都港区					わかる範囲で記載ください 公的機関 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					

注意事項

- 被保険者本人が該当する場合も「該当者氏名」を記載のこと。
 - 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
 - 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
 - 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。