



健康保険 医療助成該当届(新規・変更)

被保険者情報	記号	番号	ふりがな
	被保険者	—	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 <input type="checkbox"/> 平成 <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 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 ()					

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。