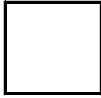


事業所担当印



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	被保険者	記号 18	番号 — 112345	ふりがな けんぽ たろう	氏名 健保 太郎
	住所	〒105 - 0022	電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 9 1 0 2 0
	住所	〒105 - 0022	電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	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	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			
不該当の理由	助成対象外の年齢に達したため				

注意事項

- 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。
- 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。