

医療助成不該当届

事業所担当者印			
保険者証 記号番号	(記号) - (番号) —	事業所 名 称	
被保険者 氏 名	⑩		
被保険者 住 所	〒 —		
不該当者 氏 名	フリガナ -----	続 柄	
不該当者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
不該当者 住 所	〒 — 都 道 府 県		
不 該 当 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
助成を受けた 公的機関名		公的 機関 TEL	()
不 該 当 の 理 由			

1. 本人が不該当になった場合も「不該当者氏名欄」に記入する。
2. 助成を再度受ける場合は、「医療助成該当届」を提出する。(別紙)
3. 記入漏れの無いようにすること。