

医療助成該当（新規・変更）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	(印)	
		被保険者 住 所	〒 —
該 当 者 氏 名	フリガナ -----	続 柄	
	該 当 者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
該 当 者 住 所		〒 — 都 道 府 県	
	助 成 期 間	平成・令和 年 月 日	～ 平成・令和 年 月 日
助成を受ける 公的機関名			公的 機関 TEL

1. 本人が該当する場合も「該当者氏名欄」に記入する。
2. 認定証・証明書と一緒に、制度の内容、基準等がわかるものを添付する。
(添付書類は写しで可)
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)
5. 記入漏れの無いようにすること。