

医療費助成制度該当届（ 新規 ・ 変更 ・ 終了 ）

被保険者証	記号		番号		被保険者名	
事業所名称				勤務先TEL		

● 市区町村等発行の「医療証」の表と裏のコピーを必ず裏面にのり付けし添付してください。

新規・変更	受給対象者名			続柄			生年月日	年	月	日	歳		
	助成制度の名称	NO.	※下記一覧表から選択してください		有効期限			年	月	日から	年	月	日まで
	助成内容 ※当てはまるものに○してください	1. 入院（保険診療分のみ、食事療養標準負担額・差額ベッド代は除く） 病院での支払い（負担なし ・ 1割負担 ・ 2割負担 ・ 償還払い ・ 定額負担する 入院1日 円まで）											
		2. 通院 病院での支払い（負担なし ・ 1割負担 ・ 2割負担 ・ 償還払い ・ 定額負担する 通院1日 円まで）											
		3. その他（ ）											
4. 助成対象期間（就学前まで ・ 小学校卒業まで ・ 中学校卒業まで ・ 有効期限通り ）													
発行機関名称 (市区町村名)	都・道・府・県			郡・市・区			町・村						
	受付窓口			TEL									

※ 医療費助成制度（公費）一覧表

NO	名 称	NO	名 称
1	乳幼児医療費助成	5	心身障害者医療費助成
2	義務教育就学児医療費助成	6	ひとり親家庭等医療費助成
3	特定疾患医療費助成	7	自立支援医療費助成
4	小児慢性疾患医療費助成	8	その他（ ）

終了	終了年月日 (終了の場合のみ記入)	年	月	日
	終了理由	① 転居のため ② 所得制限のため ③ 助成期間満了のため		

常務理事	事務長	担 当

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません

《医療費助成制度（公費）該当届 裏面》

※医療費助成制度該当届の裏面に「医療証」のコピー（表・裏）をのり付けしてください。

添 付 欄