

常務	事務長	係長	担当

公費負担医療助成該当届

(乳幼児医療及び子ども医療費助成該当者は除く)

※太枠内を記入し、医療受給者証のコピーを添付して提出してください。

令和 年 月 日提出

被保険者証	記号	番号	フリガナ	生年月日	
			被保険者氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	
医療助成受給者氏名	フリガナ			生年月日	続柄
	氏名			昭和・平成・令和 年 月 日	
医療助成受給者住所	〒		Tel ()		
公費負担医療助成制度名称	該当項目の番号に○を付けて下さい。3指定難病の場合は病名、6その他の場合は助成制度名称をご記入下さい。				
	1	障害者医療助成 (心身 ・ 精神)		2	自立支援医療 (更正・育成・精神通院)
	3	指定難病 (病名)		4	母子、ひとり親家庭医療助成
	5	小児慢性特定疾病		6	その他 ()
開始時期	平成 ・ 令和 年 月 日 から				
助成内容 該当項目に○をつけてください	自己負担について	自己負担なし		自己負担あり	
	自己負担の内容 その他の場合はご記入ください	① 一旦窓口で3割または2割負担をし、後日助成を受ける制度。 ② 窓口で定額を払う制度。 ③ その他 ()			

◎個人情報に関する取扱いは、「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、ご提出されました本届出書、及び各種証書写し等は、健康保険業務以外には一切使用いたしません。

《お願い》

当健康保険組合では、医療費の自己負担額に応じて、高額療養費 ・ 一部負担還元金 ・ 家族療養費付加金等を、原則自動払い方式で支給しております。

従いまして、当健康保険組合と各都道府県（市区町村）等との重複給付が判明した場合は、後日返還請求をさせていただく場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

また、新たに医療助成に該当された場合、更新、助成内容に変更、非該当等があった場合は、お手数ではございますが、その都度、当健康保険組合までご連絡下さいますようお願い致します。