

アイシン健康保険組合 給付T 御中

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。平成 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	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	年	月 日
医療助成受給者住所	〒 TEL ()					
公費負担医療助成区分	該当項目の番号に○を付けて下さい。6 その他 の場合は()内に助成制度名称をご記入下さい。					
	1	特定疾患 または 小児慢性特定疾患		2	障害者医療助成	
	3	母子、ひとり親家庭医療助成		4	その他 ()	
前項区分 1 に該当の方のみ記入	特定疾患・小児慢性特定疾患対象の傷病名			医療機関名		
いつから公費負担医療助成制度に該当していますか？				平成 年 月 日 から		

◎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・家族療養付加金等を自動払い方式で支給しております。

従いまして、当組合と各都道府県(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きます場合がありますので、あらかじめご了承ください。

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、当組合給付Tまでご連絡下さいませようお願い致します。

