

※健保決裁欄

部 長	課 長	課長補佐	係 長	係

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)

※太枠内をもれのないように記入し、**医療受給者証又は医療証の写しを添付**し提出してください。

令和 年 月 日 提出

被保険者等 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・平・令 年 月 日				
医療助成受給者住所	〒	連絡先 ()				
	下記、該当する項目の番号に○を付けて下さい。なお、6. その他の場合は () 内に、助成制度名称をご記入下さい。					
公費負担医療助成区分	1	特定疾患医療 または 小児慢性特定疾患	2	心身障害者医療助成	3	B型・C型肝炎医療助成
	4	ひとり親家庭等医療費助成	5	障害者自立支援医療 (精神通院医療・更生医療・育成医療)		
	6	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	受診医療機関名				
公費医療受給者証に関する事項	公費負担者番号			受給者番号		
	発行機関名			月額負担上限額		
				あり(※要記入) ・ なし		
				※(入院: 円 外来: 円)		
有効期間						
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						

◎個人情報保護に関する取扱いは、当組合の「個人情報保護管理規定」並びに「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せず、第三者に提供はいたしません。

【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、後日返還請求させていただく場合がありますので、あらかじめご承知ください。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、大変お手数ではございますが、その都度必ず当組合給付課までご連絡くださいますようお願いいたします。

※健保記入欄	備考		入力日	/
--------	----	--	-----	---