

「医療費助成」制度該当届（新規・変更・終了）

（乳幼児医療費助成該当者は除く）

被保険者記入欄

①	被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日		
					昭和・平成 年 月 日		
②	被保険者の 現住所	〒 - 都・道・府・県 市・区・郡			日中連絡の取れる電話番号 TEL ()		
		区・町・村					
③	医療助成対象者の 氏名	氏名	生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	統 柄		
④	医療助成対象者の 住所	〒 - 都・道・府・県 市・区・郡					
⑤	（該当する項目に○印） 受給制度 制度名称	1. 子ども（義務教育就学児）医療費助成 2. 特定疾患医療費助成 3. 小児慢性特定疾患医療費助成 4. 小児精神病医療費助成 5. 重度心身障がい者医療費助成 6. ひとり親家庭等医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. 精神通院医療費助成 9. 妊産婦医療費助成 10. 結核医療費助成 11. B型・C型ウィルス肝炎医療費助成 12. 生活保護法による医療扶助 13. その他()					
⑥	（該当する□にレ点） 助成内容	受給開始日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	受給期限	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		区分	医療機関窓口での支払（該当する□にレ点）				
		<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	<input type="checkbox"/> 定額負担（通院1日 円まで） <input type="checkbox"/> 償還払い		
		<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	<input type="checkbox"/> 定額負担（入院1日 円まで） <input type="checkbox"/> 償還払い		
<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担	<input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	<input type="checkbox"/> 定額負担（通院1日 円まで） <input type="checkbox"/> 償還払い				

【提出書類】

- 医療費助成に該当する方は、「医療証(表・裏)」「医療券」の写しを添付してください。

〈注意事項〉

- この申請書は対象者1名につき、1通提出してください。また、複数の医療費助成を受給される方は、それぞれ提出してください。
- 助成内容に変更及び更新があった場合は「医療費助成制度該当届(変更)」として提出してください。
- ご記入いただきました助成期間の途中で、医療費助成が終了された時は「医療費助成制度該当届(終了)」として提出してください。
- 受給期限が満了になり、再度継続される場合も「医療費助成制度該当届(新規)」として提出してください。
- 健保組合では、医療費の自己負担分に対して規約に基づき付加金を支給しております。提出遅延等により、付加金を支給していた場合は、受給開始日に遡り返納していただきますのでご注意ください。