

健康保険 医療費助成制度該当届(新規・変更・終了)

本該当届の提出が必要な方→6歳から74歳までの、国や自治体から公費医療証の交付を受けている被保険者および被扶養者
 ＜当該者については公費助成制度優先となり、当組合の付加給付制度は対象外となります＞

下記のとおり医療証の交付を受けているため届け出ます。

被 保 険 者	被保険者 記号・番号	記号	番号	被 保 険 者	(フリガナ)
	事 業 所 名			氏 名	
					昭 ・ 平 ・ 令
	被 保 険 者 住 所	〒			日中連絡のとれる電話番号
	自宅 携帯				

助 成 対 象 者	医療費助成を受けている方	氏 名			生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日
		被 保 険 者 との 続 柄	性別	男・女	本人は資格取得日	昭・平・令	年	月	日
					家族は扶養認定日	昭・平・令	年	月	日
		住所	〒 ※被保険者の住所(居所) と異なる時のみ記入						

助成内容	どのような医療費助成を受けていますか ※該当項目に○を記入	① 子ども医療費助成 ② 重度心身障がい者医療費助成、福祉医療など障がいによる医療費助成 ③ 特定疾患（指定難病）医療費助成 51・54 ④ 小児慢性疾患医療費助成 52 ⑤ ひとり親家庭等医療費助成 ⑥ 自立支援医療費助成（精神通院21 ・ 更生医療15 ・ 育成医療16 ） ⑦ 妊産婦医療費助成 ⑧ その他（ ）			
	助成内容について ※該当項目に☑を記入	自己負担はありますか	☐ 自己負担無し ☐ 一部自己負担がある ☐ 「一部負担がある」に該当する方は、自己負担についてご記入ください ☐ □〔医療証の表面に自己負担が記載されている方〕医療証の表面の自己負担のとおり ☐ □ 1ヶ月 ・ 1医療機関 の自己負担上限額が（ ）円 ☐ □ 通院1回（ ）円、入院1日（ ）円、調剤1回（ ）円 ☐ □ その他（ ）		
	認定日等について	初めて認定を受けた年月日	平・令 年 月 日	初めて認定を受けた日から現在まで空白期間なく認定されていますか	はい ・ いいえ
		現在お持ちの医療証の有効期間	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日		

・国や自治体から交付された助成「医療証」写しを裏面に貼付けてください。

受 付 日 付 印

【留意事項】

- ・助成医療証 1 件ごとに該当届を作成しご提出ください。
- ・複数の助成医療証をお持ちの際は、制度ごとに該当届を作成しご提出ください。
- ・転居等により内容の変更や医療証の更新があったときは、「医療費助成制度該当届（変更）」を作成しご提出ください。
- ・医療証有効期間中に助成が終了した時は「医療費助成制度該当届（終了）」をご提出ください。

令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

ダスキン健康保険組合