

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 100-X XXX	被保険者 氏名 生年月日 昭	(フリガナ) ケンポ イチロウ					
	事業所名	(株)フレッシュダスキン		健保 一朗			平	令 62年 3月 1日	
	被保険者 住所	〒6XXXX-XXXX 神戸市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇 〇〇マンション〇〇					日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 080-XXXX-XXXX		
助成対象者	医療費助成を受けている方	氏名 健保 一朗	生年月日 昭 平 令 62年 3月 1日						
		被保険者 との続柄 本人	性別 男	本人は資格取得日 昭 平 令 XX年 XX月 XX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)と異なるときのみ記入						
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	<input type="checkbox"/> 自己負担無し <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月 · 1医療機関 の自己負担上限額が (10,000) 円 <input type="checkbox"/> 通院1回 () 円、入院1日 () 円、調剤1回 () 円 <input type="checkbox"/> 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 XX年 XX月 XX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 XX年 XX月 XX日 ~ 平 令 XX年 XX月 XX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枚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
