

助成受給者 **登録** 削除 届出書

(記入例)

提出日 令和 1 年 × 月 ×× 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	×	×	×	番号	×	×	×	×	×	×	×		
	被保険者 氏名	三菱 太郎					生年月日	S・H 60 年 5 月 25 日							
	住 所	〒123-4567 ○○県△△市×××町1 - 23 - 4													
	※所 属	事業所(会社)名 ○○○○ 株式会社 社内TEL 03 -0000 -1234													
	届出書を提出 する理由 (当てはまる 番号に○)	① 自治体(都道府県・市区町村)から助成受給者証が発行されたため ② 以前から助成受給者証を持っていたが、他健保 又は 国保 から加入してきたため ③ 助成期間が終了したため ④ 助成対象者からはずれたため 理由として(①引越し ②所得制限 ③助成内容の変更) ⑤ その他 ()													
	助成対象者氏名	三菱 さくら			生年月日	S・H R 1 年 5 月 20 日				続柄	長女				
	医療費助成の種類 (当てはまる 番号に○)	① 乳幼児医療費助成						助成負担者番号	9 8 7 6 5 4 3 2						
		② 子ども医療費助成						助成受給者番号	1 2 3 4 5 6 7						
		③ 重度・心身障害者医療費助成						助成開始年月日	H・R 1 年 5 月 20 日						
		④ 父子・母子家庭医療費助成						助成終了年月日	H・R 年 月 日						
⑤ 老人医療費助成															
⑥ 指定難病医療費助成															
⑦ 小児慢性医療費助成															
⑧ その他 ()															
受給証を発行している窓口 (都道府県・市区町村名 担当課・TEL)		△△△ 都・道・府・県 ××× 市・区・町・村 ◇◇ 区 担当課 ××市役所 医療助成課 TEL 03 - 1234 - 5678													
※事業所 記入欄	所 属	事業所名										事業所 担当者 受付印			
		部					課								
	担当者名	TEL (MIND)													

「本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。」
 [注意事項] 医療費助成受給者証の写し(発行されている場合)を必ず裏面に糊付添付してください。
 ※特退・任継の方は、記入不要です。