

常務理事	事務長	担当	担当
------	-----	----	----

医療費助成制度該当届

届出日： 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	事業所	所属コード		
	被保険者氏名		氏名コード	生年月日		
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日		年 月 日	
助 成 対 象 者	対象者氏名		性別	男 ・ 女	続柄	
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			年齢	満 歳
	支給制度	制度名称 ※いずれかに○	1. 乳幼児医療費助成 2. 子ども（義務教育就学児）医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 4. 小児慢性疾患医療費助成 5. 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. その他（ ）			
		医療証の発行機関	都 道 市 区 区 町 村 府 県 町 村			
	助成期間 (有効期限)	年 月 日 ～ 年 月 日 (通院・入院・両方)				
年 月 日 ～ 年 月 日 (通院・入院・両方)						
自己負担	医療機関窓口での自己負担		あり ・ なし			
	自己負担 ありの場合 ※いずれかに○	1. 通常とおり窓口で3割負担（6歳未満は2割負担）をする ※自動償還払い 2. 定額負担をする 通院1日 円（上限月額 円） 入院1日 円（上限月額 円） 3. その他（ ）				
		<input type="checkbox"/> 償還払いのため受給券の発行が無い場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください				

●市区町村等発行の『医療証（表・裏）』のコピーを必ず裏面にのりづけして下さい。

提出先 本社・MK8400（健康保険組合）

【注意事項】

・助成内容に変更およ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、また、助成期間の途中で医療費助成が終了された場合は、『医療費助成制度該当届（終了）』として提出してください。