

【記入見本】

※記入時にはお手元に医療証をご準備ください。



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		
	1	123456	本社	MK8400		
	被保険者氏名		氏名コード	生年月日		
	村田 たろう ㊞		MK12356	昭和・平成・令和 1年 1月 1日		
助 成 対 象 者	対象者氏名	村田 むら子	性別	男・女 <input checked="" type="checkbox"/>	続柄	長女
	生年月日	昭和・平成・令和 1年 1月 1日			年齢	満 0 歳
	受給制度	制度名称 ※いずれかに○ <input checked="" type="checkbox"/> 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	京都府 長岡京市 区町村				
	助成期間 (有効期限)	令和1年 1月 1日 ~ 令和4年 12月 31日 (通院・入院・両方) 年 月 日 ~ 年 月 日 (通院・入院・両方) ※通院と入院で助成期間が異なる場合は、それぞれの期間を記入してください。				
自己負担	医療機関窓口での自己負担		<input checked="" type="checkbox"/> 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 200 円（上限月額 円） 入院1日 200 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				