

市(区)町村等医療費助成届

被保険者証		被保険者氏名	住 所			
記号		(フリガナ)	〒			
番号		㊞				
対象者氏名		(フリガナ)	対象者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続 柄

下記項目について記入および、該当箇所に○印をしてください。

事由発生年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
申請をした市(区)町村	都・道・府・県		市・区・町・村
助成内容	1. 乳幼児医療費助成 ※届出時点の対象 _____ まで 2. 心身障害者医療費助成 3. ひとり親家庭医療費助成 4. 小児慢性特定疾病医療費助成 5. 特定医療費の対象疾病医療費助成 6. その他()		
《受給者証コピー貼付欄》			

(2019.5)

【届出の必要な方】

- ・新たに被扶養者になった方
- ・受給開始、更新、終了、受給内容および市(区)町村の変更があった方

※被保険者が対象者の場合は、健保組合へ別途ご連絡ください。

※健康保険の給付は2か所以上から受けることはできないため、重複して給付を受けた場合は、健保組合からの給付は返還していただきますので、ご了承ください。