

常務理事	事務長	係

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

					提出日	令和	年	月	日
被 保 険 者	記号	番号	フリガナ		生年月日	昭・平・令			
			氏名	(自署)		年	月	日	
	勤務先 事業所名								

医 療 費 助 成 対 象 者	フリガナ		続柄		生年月日	昭・平・令			歳	
	対象者名					年	月	日		
	受給制度	制度名称	1. 子ども医療費助成 2. 特定疾患医療費助成 3. 特定医療費（指定難病）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. 自立支援医療費助成 7. ひとり親家庭等医療費助成 8. 医療福祉費助成 9. その他（ ）							
		受給者番号								
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	都 道 市 区 区 町 府 県 郡 村							
	助成期間 (有効期限)	平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日（通院・入院・両方） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 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下さい。								
		医療機関窓口での自己負担	有 ・ 無							
	自己負担	有 の場合	1. 通常どおり窓口で3割の負担（未就学児は2割負担）をする。 2. 定額負担をする。入院 1日 または 月額（ ）円 まで 通院 1日 または 月額（ ）円 まで 3. その他（ ）							

● 都道府県（市区町村）等 発行の 「医療証（表・裏）」 のコピーを必ず添付して下さい。

【 注意事項 】

1. 本人が該当する場合も、「医療費助成対象者」欄に記入して下さい。
2. 医療費助成内容に **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**）」として提出して下さい。
3. ご記入頂いた助成期間の途中で、医療費助成が終了した場合は「医療費助成制度該当届（**終了**）」として提出して下さい。
4. 都道府県市区町村 等からの給付と、当健保組合の給付(付加金)の二重給付を受けた場合は、当健保組合の給付金を返還頂きます。
都道府県市区町村助成(公費助成)がある場合は、当健保組合の付加給付金は支給しません。（公費優先）
5. 届出の提出については、ご本人から直接 東洋製罐健康保険組合 にお送りいただいても構いません。

< 提出先 >

受付日付印

社内便 東洋製罐(株) 本社 東洋製罐健康保険組合 宛
郵 送 〒141-0022 東京都品川区東五反田2-18-1
東洋製罐健康保険組合 宛