

常務理事	事務長	係

## 【記入見本】

### 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	トウヨウ タロウ	生年月日	昭・平・令
	XXXX	XXXXXX	氏名	(自署) 東洋 太郎 自筆で記入	××年 ××月 ××日	
	勤務先 事業所名		東洋製罐株式会社 豊橋工場			

医 療 費 助 成 対 象 者	フリガナ	トウヨウ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭・平・令	
	対象者名	東洋 花子			××年 ××月 ××日	×× 歳	
	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	5 0 1 2 3 4 5 6 7				
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	愛知 都 道 豊橋 市 区 区 町 村	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。					
	自己負担	医療機関窓口での自己負担	有 ・ 無				
		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 ( 10,000 ) 円 まで 通院 1日 または 月額 ( 500 ) 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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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)
- 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 >

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

受付日付印