

医療費助成制度該当・非該当(変更)届

記入例

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 **** 年 * 月 ** 日

記号番号	記号 **	番号 *****	被保険者氏名	健保 太郎
被保険者の住所電話番号	〒***-*** 愛知 都道府県 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL (0566) 21 - 1234	携帯TEL (090) 1234-4567
会社名	株式会社 *****			
受給対象者の氏名	本人	受給対象者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ** 年 * 月 ** 日	被保険者との続柄
受給対象者の住所	〒 - 同上 都道府県			
医療助成①	助成の名称	障害者医療 (下記の医療助成の一覧から選んで記入してください)		
	発行機関	国・都道府県(都・道・府・県) ・市町村(刈谷 市・町・村)		
	届出理由	<input checked="" type="checkbox"/> 新たに助成を受けた・変更があった <input type="checkbox"/> 助成が終了した		
		<input type="checkbox"/> 該当する口に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください		助成を受けなくなった日 令和 年 月 日
	助成内容 (該当する口に✓)	区分	窓口での支払い	
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い		
<input checked="" type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い			
<input checked="" type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い			
受給開始日	令和 * 年 * 月 ** 日	受給期限	令和 年 月 日	
医療助成②	助成の名称	(下記の医療助成の一覧から選んで記入してください)		
	発行機関	国・都道府県(都・道・府・県) ・市町村(市・町・村)		
	届出理由	<input type="checkbox"/> 新たに助成を受けた・変更があった <input type="checkbox"/> 助成が終了した		
		<input type="checkbox"/> 該当する口に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください		助成を受けなくなった日 令和 年 月 日
	助成内容 (該当する口に✓)	区分	窓口での支払い	
	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い		
<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い			
<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 定額負担 <input type="checkbox"/> 償還払い			
受給開始日	令和 年 月 日	受給期限	令和 年 月 日	

【医療助成の一覧】				
障害者医療	育成医療	更生医療	精神通院医療	肝炎治療の医療費助成制度
指定難病(小児慢性特定疾患)		ひとり親家庭等医療助成		生活保護
その他<名称を記載してください>				

・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/contents/privacy/index.html> をご覧ください。

【注意事項】

- ・ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。
- ・受給者証、証明書等をお持ちの方は必ず写しを裏面に貼りつけて提出してください。
- ・複数の医療助成を受給されている方は、全て提出してください。(3つ以上の場合は届出用紙を複数枚使用してください)
- ・上記事項に変更が生じた時(助成が終了した時を含む)は速やかに提出してください。
- ・健保組合では、医療費の自己負担分に対して規約に基づき付加金等を支給しております。
届出遅延により付加金を支給していた場合は、受給開始日に遡り返納していただきます。

健保記入欄	該当届入力年月日	令和 年 月 日							
	非該当届入力年月日	令和 年 月 日							
	決裁	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>GM</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	GM	担当			
常務理事	事務長	GM	担当						

健保受付印

医療費助成制度該当・非該当(変更)届 裏面

記入例

※医療費助成制度該当・非該当(変更)届の裏面に『医療受給者証』等の証明書の写しを貼り付けてください。

受給者証の例

記入例の受給者証等は見本です。修正しないでそのまま貼り付けてください。

愛知県内のみ有効

障 障害者医療費受給者証

受給者番号	
受給者	住所
	氏名
生年月日	
有効期間	
発行機関名 及び印	
交付年月日	令和 元年 5月 1 日



この証は、医療保険証（又は総合保険証）に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

注 意 事 項

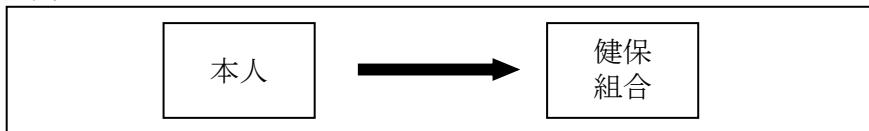
1. この証は、本人以外に使用できません。
2. 医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険証（又は総合保険証）に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
4. 氏名、住所等に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市長にその旨を届け出てください。
5. 加入している医療保険証又はその内容に変更があったときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
6. この証を破ったり、汚したり又は失ったときには、再交付を受けてください。
7. 有効期間を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
8. 不正にこの証を使用した者は、罰法により罰金等として懲罰の処分をうけます。

(四合社印)

役 所
愛知県 豊田自動織機健康保険組合 (1階)
電話 (0562) 603-2211
(0562) 33-1111

<p>身体障害者手帳</p> <p>再受知員</p> <p>第 <input style="width: 50px;" type="text"/> 号</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>株式会社豊田自動織機健康保険組合</p> <p>身体障害者等級表</p> <p>による種別 3 級</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> 生</p> <p style="text-align: right;">受 知 員 </p>	<p>本人の欄</p> <p>本籍地 <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">現住所</td> <td style="width: 50%;">転入</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td>年月日 <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"> <small>郵政 西長 郵便</small>  </p> <p>初回交付年月日 平成 20年 2月 22日 再交付理由 種別種別変更</p>	現住所	転入	<input style="width: 100px;" type="text"/>	年月日 <input style="width: 50px;" type="text"/>
現住所	転入				
<input style="width: 100px;" type="text"/>	年月日 <input style="width: 50px;" type="text"/>				

・提出ルート



・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/contents/privacy/index.html> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
		外線 0566-21-7784 } 音声ガイダンス② 内線 70-4611 }