

医療費助成制度該当・非該当(変更)届

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保 險 証 の 記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	
	被 保 険 者 の 住 居 電 話 番 号	〒 - 都道府県	自宅TEL() - 携帯TEL() -	
	会 社 名			
	受 給 対 象 者 の 氏 名	受 給 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
	受 給 対 象 者 の 住 居 電 話 番 号	〒 - 都道府県		
	医 療 助 成 ①	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 該当する□に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください	
		助 成 内 容 (該当する□に✓)	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 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 該当する□に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください	
	助 成 内 容 (該当する□に✓)	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される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

【注意事項】

- ・データ入力または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。
- ・受給認定期間が満了になり、再度継続される場合も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	常務理事 事務長 GM 担当

作業完了

健保受付印

医療費助成制度該当・非該当(変更)届 裏面

※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。

しっかりとのりづけをしてください。

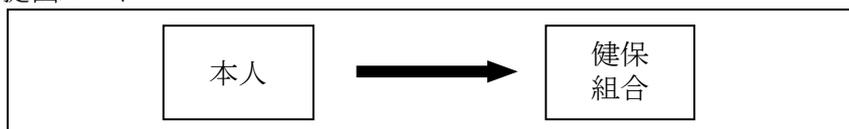
- ・健保組合では、医療費の自己負担分に対して規約に基づき付加金等を支給しております。届出遅延により付加金を支給していた場合は、受給開始日に遡り返納していただきます。
- ・届出いただいた個人情報(氏名、生年月日、住所等)は健保組合からの案内ならびに保険給付金等の支払いに使用される場合があります。

障がい者手帳・精神福祉手帳はお持ちですか？

有⇒写しを添付してください。

無

・提出ルート



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

内線 70-4612