

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

被 保 険 者 情 報 欄	事業所名				所 属	
	健康保険証 記号・番号	記号		番号	連 絡 先 電話番号	
	フリガナ				生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏 名					

助 成 対 象 者 情 報 欄	フリガナ				性 別	男・女	続 柄	
	対象者氏名							
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	生	年 齢	満 歳
	受給制度	制度名称	1. 乳幼児医療制度 2. 義務教育就学児医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 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. ひとり親家庭等医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. 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 府 県	市 区 郡	区 町 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（6歳未満は2割負担）を行う 2. 定額負担をする。 入院1日（ ）円まで 通院1日（ ）円まで 3. その他（ ）						

●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、「助成対象者情報欄」に記入して下さい。
- 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。
- ご記入頂きました助成期間の途中で、医療助成が終了された時は「医療費助成制度該当届（終了）」として提出して下さい。

<送付先>

社内便 → 丸の内/国際ビル  
三菱重工健康保険組合 業務G 宛

郵 送 → 〒100-0005  
東京都千代田区丸の内 3-1-1 国際ビル 4F  
三菱重工健康保険組合 業務G 宛

常務理事	事務長	担 当	健保受付