

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	〇〇〇〇株式会社			所 属	〇〇部△△課	
	健康保険証 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	連 絡 先 電話番号	XX-XXXX-XXXX
	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成	
	氏 名	健 保 太 郎					

助 成 対 象 者 情 報 欄	フリガナ	ケンポ ハナコ		性 別	男・女	続 柄	長 女
	対象者氏名	健 保 花 子					
	生年月日	昭和 平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日 生	年 齢	満 〇 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	1 2 3 4 5 6 7 8				
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	東京都	都 道 府 県	〇×△	市 区 郡	区 町 村
助成期間 (有効期限)	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (通院・入院・両方) 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (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(XXX)円まで 通院1日(XXX)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