

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

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	
	被保険者等 記号・番号	記号		番号	連 絡 先 電話番号	
	フリガナ					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 市 区 区 町 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（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／北口ビル 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 1-6-5 丸の内北口ビル 15F

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