

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	〇〇〇〇株式会社			所 属	〇〇部△△課		
	被保険者等 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 〇×△ 市 区 区 町 村					
	助成期間 (有効期限)	平 令 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平 令 X 年 XX 月 XX 日 (通院・入院・両方) 平 令 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平 令 X 年 XX 月 XX 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／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