

受付日付印

処理日付印

決裁	常務理事	事務長	係

被保険者・被扶養者		医療費助成制度該当届（新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 終了）			
ファイザー健康保険組合宛		申請日(和暦)： 年 月 日			
被保険者情報	氏名			被保険者証の記号番号	
	性別	男・女	生年月日(和暦)	年 月 日	
	事業所名称				
	自宅住所	〒 -			
	連絡先	- -			
受給者(助成対象者)情報	氏名			被保険者との続柄	
	性別	男 ・ 女	生年月日(和暦)	年 月 日	
	制度名称	<input type="checkbox"/> 1. 乳幼児(子ども)医療費助成・ひとり親(母子)家庭等医療費助成 <input type="checkbox"/> 2. 妊産婦医療費助成 <input type="checkbox"/> 3. 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 4. 障害者総合支援法に基づく育成医療や更生医療、精神通院医療 <input type="checkbox"/> 5. 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 6. 特定医療費(指定難病)助成 <input type="checkbox"/> 7. その他			
	受給者証等発行元				
	受給者番号				
	助成期間(和暦)	年 月 日～		年 月 日	
		年 月 日～		年 月 日	
	助成内容(自己負担額)	医療機関での一部(自己)負担金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		ありの場合	<input type="checkbox"/> 医療機関で窓口負担3割(2割)支払後、申請により払い戻される		
			<input type="checkbox"/> 一部負担上限額(毎月・毎回： 円)までは支払う		
<input type="checkbox"/> 一部負担上限額(円)までは支払う					
<input type="checkbox"/> その他(詳細をご記入ください)					
変更・終了日(和暦)	年 月 日		変更・終了理由		

<注意事項>

*市区町村等の発行の「医療証」、「受給者証」の表と裏のコピーを必ず添付してください。