

## 【記入見本】

	常務理事	事務長	係
決裁			

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)： R元年 3月 20日	
被保険者情報	氏名	健保 太郎	被保険者証の記号番号 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 0
	性別	男・女	生年月日(和暦) S45年 4月 1日
	事業所名称	ファイザー株式会社	
	自宅住所	〒123-4567 神奈川県〇〇市〇〇町 1-2-3	
	連絡先	045 - 123 - 4567	
受給者(助成対象者)情報	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 長女
	性別	男・女	生年月日(和暦) R元年 3月 1日
	制度名称	<input checked="" 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)	R元年 5月 1日 ~ R2年 2月 28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 checked="" type="checkbox"/> なし <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	

## &lt;注意事項&gt;

\*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。