送付先：PFE.KenpoJP@pfizer.com

受付日付印　　処理日付印

【記入見本】

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）：　R元 年　3 月　20 日

被保険者情報	氏名	健保　太郎	被保険者等記号番号	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○○市○○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
	医療費助成制度	制度名称	☑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 ☐2．妊産婦医療費助成 ☐3．障害者医療費助成 ☐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 ☐5．小児慢性特定疾病医療費助成 ☐6．特定医療費（指定難病）助成 ☐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　☐あり　☐なし☑ ありの場合：☐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 ☐一部負担上限額（毎月・毎回：　円）までは支払う ☐一部負担上限額（　円）までは支払う ☐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。