

医療費助成制度該当届-1
(新規・更新・変更・終了)

三井倉庫ホールディングス健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	事業所名		被保険者の氏名		性別	男	女	
	被保険者証の記号・番号	—	連絡先電話番号					
	被保険者の生年月日		住所	〒				
	昭平 年 月 日							
助 成 対 象 者 情 報	対象者氏名				性別	男	女	
	生年月日	昭令平 年 月 日 生	年齢	満 歳				
	受給制度	制度名称	1. 乳幼児医療助成 2. 義務教育就学児医療助成 3. 小児慢性疾患医療費助成 4. ひとり親家庭等医療費助成 5. 子ども医療助成(歳まで) 6. 特定疾患医療費助成 7. 心身障害者医療費助成 8. 妊産婦医療費助成 9. 自立支援医療費助成 10. その他 ()					
		受給者番号						
		受給者証の発行機関	都道 市区 区町 府県 郡 村					
	助成期間 (有効期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (通院・入院・両方) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (通院・入院・両方) ※通院と入院での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割負担 ☐ 2割負担 ☐ 3割負担 ☐ 通院 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) (入院1日 円まで)					
			☐ 1割負担 ☐ 2割負担 ☐ 3割負担 ☐ 入院 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) (入院1日 円まで)					
			☐ 1割負担 ☐ 2割負担 ☐ 3割負担 ☐ 薬局 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) (入院1日 円まで)					

◆◆市区町村発行の「医療証」又は「受給者証」の表・裏のコピーと助成内容が分かるものを必ず「医療費助成該当届2」に貼付して下さい。

(注意事項)

- この申請書は、対象者1名につき、「該当届1・2」の用紙を1セットにして提出して下さい。
また、複数の助成を受けられている方は1つの医療証につき「該当届1・2」を提出して下さい。
- 提出後に居住地変更により、医療費助成元（市区町村）が変更された場合や所得区分等で医療費助成内容が変更された場合も提出して下さい。
- 提出は事業所の担当者様にお願い致します。（当健保組合に直接提出頂いても結構です）

理事長	常務理事	理事	事務長	担当

受付日付印

医療費助成制度該当届-2
(医療証又は受給者証コピー貼付用)

三井倉庫ホールディングス健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

◆ 「医療証」又は「受給者証」は表裏と助成内容が分かるものをコピーしてお貼り下さい。

△
面

表
▽

△
面

裏
▽