

常務理事	事務長	担当

提出日：令和 年 月 日

**自治体医療費助成制度 資格（登録・変更・更新・終了）届**

※登録・変更・更新・終了のいずれかに○印を付けてください。

添付書類：自治体（都道府県、市区町村）発行の「**受給資格者証**」または「**医療証**」の写し（両面）または「**通知書**」等、助成の内容がわかる書類

被保険者証の記号・番号	記号 番号		被保険者氏名	(印)
住所	〒 _____			
連絡先	TEL : _____ (会社・自宅・携帯)			

該当する□には✓をつけて下さい。

受給対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日												
受給者資格証／医療証の名称																
医療証等を発行している窓口 (都道府県・市区町村名)		都・道・府・県 市・区・町・村														
区分	□登録	受給開始日 (資格取得日等)	平成・令和 年 月 日													
		有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで													
	□更新	有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで													
		終了年月日	令和 年 月 日													
□終了	終了理由		□転居のため □所得制限に該当 □その他 ( )													
窓口負担の有無	□有	<input type="checkbox"/> 病院や薬局で自己負担金を支払い、後日市町村等に申請をして助成を受ける制度 <input type="checkbox"/> 病院や薬局で定額を支払う制度 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>入院月限度額</td> <td>_____</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>通院月限度額</td> <td>_____</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>薬局月限度額</td> <td>_____</td> <td>円</td> </tr> </table>			{	入院月限度額	_____	円		通院月限度額	_____	円		薬局月限度額	_____	円
		{	入院月限度額	_____	円											
	通院月限度額	_____	円													
	薬局月限度額	_____	円													
		<input type="checkbox"/> その他の支払い方法 ( )														
	□無	窓口負担無の範囲	<input type="checkbox"/> 国内全域 <input type="checkbox"/> お住まいの都道府県内のみ <input type="checkbox"/> お住まいの市区町村のみ													

※ 本紙に記載された個人情報は、健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で使用します。

**【注意事項】**

受付印

1. 本届は事業所組合担当課を経由しても、ご本人から直接組合に提出して頂いても構いません。
2. 上記事項に変更が生じた場合は、変更○を付け、該当事項を記入して提出してください。
3. 複数の医療助成を受給されている方は、各助成制度毎に本届を提出してください。
4. 届出遅延により付加金を支給されていた場合は、受給開始日に遡及して返納して頂きます。

「受給資格者証、医療証、通知書」等のコピーを下欄に貼付してください。

のり付け部分

※受給資格者証等の裏面に記載事項がある場合は、裏面のコピーも貼付してください。