

〔記入例〕（助成制度の資格を登録する場合）

日揮健康保険組合理事長 殿

Table with 3 columns: 常務理事, 事務長, 担当

提出日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

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・終了のいずれかに〇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

Form with fields: 被保険者証の記号・番号, 記号, 番号, 被保険者氏名, 住所, 連絡先

該当する□には✓をつけて下さい。

Main application form with fields: 受給対象者, 氏名, 生年月日, 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, 区分, 受給開始日, 有効期間, 終了年月日, 終了理由, 窓口負担の有無

※ 本紙に記載された個人情報、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、変更に〇を付け、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いただきます。

「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。

受給者証（表面）

受給者証（裏面）