

健康保険組合 地方自治体医療費助成対象者届出書

被保険者番号	※被保険者(申請者)氏名		住 所	
	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		〒100-0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1 〇〇〇パレス 707号 勤務先 Tel ( 03 ) 9999 -9999 自宅 Tel ( 03 ) 1111 -1111	
助成対象者氏名	(フリガナ) ケンポ ダイスケ 健保 大輔	被保険者との続柄	01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他( )	
助成対象者の 生 年 月 日	S  R 5 年 10 月 1 日生			
医療費助成の申請をした 都道府県及び市区町村	東京  道・府・県 〇〇 市  町・村			
助 成 制 度	<input checked="" type="radio"/> A 障がい者医療費助成 <input type="radio"/> B ひとり親家庭医療費助成 <input type="radio"/> C 妊産婦医療費助成 <input type="radio"/> D 老人医療費助成 <input type="radio"/> E その他 ( ) ※乳幼児医療費助成、こども医療費助成については届け出の必要はありません。			
届 出 理 由	1 医療費助成の対象となった(新規の認定) 2 以前より医療費助成の対象者であったが、未届けであった 3 医療費助成の対象外となった <input checked="" type="radio"/> 4 エヌ・ティ・ティ健康保険組合に加入した 5 その他 ( )			
届出理由の1,2,4に該当する場合 認 定 年 月 日	平成 31 年 4 月 10 日	届出理由の3に該当する場合 取 消 年 月 日	年 月 日	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 受給者証(写) 又は <input type="checkbox"/> 認定通知書(写)			

※被保険者(請求者)氏名欄の押印は被保険者(請求者)が自署した場合は不要です。

処理欄	健康 組合	受 付	審 査	[一次]	[二次]	処 理

健康保険組合 地方自治体医療費助成対象者届出書

被保険者番号	※被保険者(申請者)氏名	住 所	
	(フリガナ)  ⑩	〒  勤務先 Tel ( ) - 自宅 Tel ( ) -	
助成対象者氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他( )
助成対象者の 生 年 月 日	S H R 年 月 日生		
医療費助成の申請をした 都道府県及び市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
助 成 制 度	A 障がい者医療費助成 B ひとり親家庭医療費助成 C 妊産婦医療費助成 D 老人医療費助成 E その他 ( ) ※乳幼児医療費助成、こども医療費助成については届け出の必要はありません。		
届 出 理 由	1 医療費助成の対象となった(新規の認定) 2 以前より医療費助成の対象者であったが、未届けであった 3 医療費助成の対象外となった 4 エヌ・ティ・ティ健康保険組合に加入した 5 その他 ( )		
届出理由の1,2,4に該当する場合 認 定 年 月 日	年 月 日	届出理由の3に該当する場合 取 消 年 月 日	年 月 日
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 受給者証(写) 又は <input type="checkbox"/> 認定通知書(写)		

※被保険者(請求者)氏名欄の押印は被保険者(請求者)が自署した場合は不要です。

処理欄	健康 組合	受 付	審 査	[一次]	[二次]	処 理