

事務長	室長	主務	係員

公 費 負 担 医 療 助 成 該 当 届
(子ども医療・老人保健該当者は除く)

※太枠内をもれのないように記入して下さい。

年 月 日 提出

記 号	番 号	フリガナ			
		被保険者氏名 (署名)		従業員番号	
医療助成 受給者	フリガナ		生 年 月 日	続 柄	
	氏 名		S・H・R 年 月 日		
受給者住所	〒 ー TEL () ー 都・道 市・区 区・町 府・県 郡 村				
公費負担 医療助成 区 分	該当項目の番号に○を付けて下さい。			提出書類	
	1	障 が い 者 医 療 (8 0	⇒ <u>市区町村発行の「医療証」または「医療費受給者証」の コピーを添付してください。</u>		
	2	ひとり親家庭医療 (8 1			
いつから公費負担医療助成制度に該当していますか (初めて認定を受けた年月日 ※1)			S・H・R 年 月 日 から		

※1公費負担医療助成の資格を取得された開始日をご記入ください。

＊受給者証の交付年月日ではありませんので、ご注意下さい。

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。
届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使用させて頂く場合があります。

個人情報保護に関しては <https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。

【お願い】

健康保険組合では医療費の自己負担分に対し、規約により付加金等を支給しております。

届出の遅延により付加金を支給していた場合は、受給開始年月日より返納していただきますのでご了承下さい。

また、助成内容に変更、非該当等があった場合は、必ずデンソー健保までご連絡くださいますようお願い致します。

健康保険組合記入欄

本人 ・ 家族	扶 助		取得日	S H R 年 月 日	支払済付加金	無 ・ 有 (返納請求)
受 給 開 始	H・R 年 月 日から			受 給 期 限	1 H・R 年 月 日まで 2 未 入 力	
備 考 欄						入 力