

事務長	室長	主務	係員

記入例

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。

〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ	内線 または 外線	551 - 12345
	1	123456	被保険者氏名	健保 太郎 (印)		
医療助成 受給者	フリガナ	ケンポ ハナ		生 年 月 日		続 柄
	氏 名	健保 花		S・H・R 〇〇年 〇月 〇日		長女
受給者住所	〒 448-〇〇〇〇 TEL (0566) 〇〇-〇〇〇〇 愛知 都・道 府・県 〇〇 市 区 〇〇 区・町 〇丁目〇番地					
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 (80)		⇒ 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。		
				2	ひとり親家庭医療 (81)	
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 〇〇年 〇月 〇日 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。

【提出書類】市区町村発行の「医療証」または「医療費受給者証」のコピー

【参考】医療費受給者証

*各市区町村によって受給者証の名称、色は異なります。

愛知県内のみ有効

障 心身障害者医療費受給者証

受給者番号

受 住 所

給 氏 名

生年月日

有効期間

発行機関名
及び 印

交付年月日

年 月 日

この証は、被保険者証(組合員証、加入者証)に添えて医療機関
の窓口へ提出してください。

見本

障 重度心身障害者医療費受給者証

記号

番号

受 住 所

給 (フリガナ)

氏 名

生年月日

有効期間

発行機関名
及び 印

交付年月日

平成 年 月 日

見本

親 ひとり親家庭等医療費受給者証

公費負担者番号

受給者番号

受 氏 名

給 住 所

者 氏 名

対象者 生年月日

有効期間

見本

【注意事項】

- ・助成受給者1名ごとに該当届を1枚記入してください。
- ・助成内容に変更または受給が終了した場合は、デンソー健保に必ずご連絡下さい。
- ・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。