

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	
記号	番号	フリガナ	ケンボ タロウ		
1	123456	被保険者氏名 (署名)	健保 太朗		
医療助成 受給者	フリガナ	ケンボ 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 郡 〇〇 区・町 村 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		

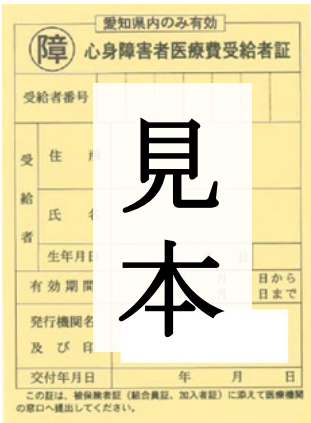
※1公費負担医療助成の資格を取得された開始日をご記入ください。

*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。



【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。