

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	1 2 3 4 5 6	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
	氏 名	健保 花		S・H・R 〇〇年 〇月 〇日
受給者住所	〒 4 4 8 - 〇〇〇〇 TEL (0 5 6 6) 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)	2 ひとり親家庭医療 (81)	⇒ 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。	
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	日から 日まで
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。	

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	日から 日まで
発行機関名 及び 印	
交付年月日	平成 年 月 日

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	
対 氏 名	
象 生年月日	
者	
有効期間	

【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。