

市区町村の医療費助成に関する届出書
(医療費助成を受けている方)

令和 年 月 日

健康保険 被保険者証等	記号		番号		事業所または所属部署
被保険者氏名 ⑩			現住所		
医療費助成受給者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	被保険者との続柄	
医療費助成の種類 ※当てはまるものに○	1. 心身障害者医療費助成 2. 母子家庭等医療費助成 3. その他 ()				
受給者番号	有効 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
医療証の発行機関 (都道府県、市区町村名)					
都道		区			
府県		郡市		町	

※ 届出書の提出につきましては、各部署の健康保険組合担当者を通してお願いしていますが、プライバシー等の問題もありますので、ご本人から直接お送りいただいても構いません。

健保受付印