

市区町村の医療費助成に関する届出書
(医療費助成を受けなくなった方)

令和 年 月 日

健康保険 被保険者証	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	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 ()				
受けなくなった理由 ※当てはまるものに○	1. 助成期間が終了した為 2. 所得制限が超過した為 3. 引越しをして助成内容が変わった為 4. その他 ()				
受けなくなった年月日	令和 年 月 日				

※ 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