

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	1	番号	34567	事業所または所属部署
被保険者氏名 名鉄 花枝 (印)			現住所 名古屋市熱田区三本松町 123-1		
医療費助成受給者	氏名	名鉄 健一	生年月日	昭和・平成・令和 14年5月25日	被保険者との続柄 次男
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 2 年 3 月 31 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