

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

被 保 険 者 情 報 欄	事業所名				所 属	
	健康保険証 記号・番号	記号		番号	連 絡 先 電話番号	
	フリガナ				生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏 名					

助 成 対 象 者 情 報 欄	フリガナ				性 別	男・女	続 柄	
	対象者氏名							
	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	生	年 齢	満 歳
	受給制度	制 度 名 称	1. 乳幼児医療制度 2. 義務教育就学児医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 4. 小児慢性疾患医療費助成 5. 心身障がい者医療費助成 6. ひとり親家庭等医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. その他（ ）					
		受 給 者 番 号						
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	都 道 府 県	市 区 郡	区 町 村			
	助成期間 (有効期限)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (通院・入院・両方)						
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (通院・入院・両方)								
自己負担	医療機関窓口での自己負担		有 ・ 無					
	有 の 場 合	1. 通常どおり窓口で3割の負担(6歳未満は2割負担)を行う 2. 定額負担をする。 入院1日()円まで 通院1日()円まで 3. その他 ()						

●市区町村等発行の「医療証(表・裏)」のコピーを必ず添付して下さい。

<注意事項>

- 本人が該当する場合も、「助成対象者情報欄」に記入して下さい。
- 助成内容に変更および更新があった場合は「医療費助成制度該当届(変更)」として提出して下さい。
- ご記入頂きました助成期間の途中で、医療助成が終了された時は「医療費助成制度該当届(終了)」として提出して下さい。

※ 届出書の提出につきましては、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。

常務理事	事務長	担 当

送付先

社内便 → 重工本社気付 三菱重工健康保険組合 宛
 郵 送 → 〒108-8215 東京都港区港南二丁目16番5号
 三菱重工健康保険組合 宛