

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	三菱重工業（株）本社			所 属	〇〇部△△課	
	健康保険証 記号・番号	記号	1	番号	999999	連 絡 先 電話番号	8-30-0000
	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭和 57年 5月 10日 平成	
	氏 名	健 保 太 郎					

助 成 対 象 者 情 報 欄	フリガナ	ケンポ ハナコ			性 別	男・女	続 柄	長 女
	対象者氏名	健 保 花 子				男・女		長 女
	生年月日	昭和 平成	22年	1月	10日	生	年 齢	0 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	12345678					
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	東京都	都 道 府 県	〇×△	市 区 郡	区 町 村	
助成期間 (有効期限)	平成 22年 1月 10日 ~ 平成 28年 1月 9日 (通院・入院・両方) 平成 22年 1月 10日 ~ 平成 30年 1月 9日 (通院・入院・両方) ※ 通院と入院で助成期間が異なる場合は、それぞれの期間を記入して下さい。							
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（ 700 ）円まで 通院1日（ 500 ）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。

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

常務理事	事務長	担 当