※組合使用欄	マネジャー	ｱｼｽﾀﾝﾄﾏﾈｼﾞｬｰ	ﾁｰﾑﾘ

記入例

健康保険 医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

〔この該当届の提出が必要な方〕**国や自治体から医療費助成を受けている19歳以上の被保険者および被扶養者**
※当組合では皆さまが医療機関等の窓口で支払った医療費に対し、高額療養費や付加金を支給しています。国や自治体から医療費助成を受けており、自己負担の全部または一部を助成されている方はTJKの給付金との重複支給を防ぐため、この該当届を提出してください。

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号　番号 ×××－234	被保険者氏名	（フリガナ）ジョウホウ　タロウ 情報　太郎
			生年月日	(昭)・平・令　××年　××月　××日
	被保険者の現住所	〒×××－×××× 千代田区○○○3－3－303	日中連絡のとれる電話番号	自宅　××－××××－×××× 携帯　×××－××××－××××

助成対象者	医療費助成を受けている方	氏名	情報　太郎	生年月日	(昭)・平・令　××年　××月　××日
		被保険者との続柄	本人	性別	(男)・女
				本人は資格取得日	昭・平・(令)××年　××月　××日
				家族は扶養認定日	昭・平・令　年　月　日
		現住所	〒□□□－□□□□　※被保険者の現住所と異なるときのみ記入		

医療費助成の内容	どのような医療費助成を受けていますか ※該当項目に○を記入		(1) 重度心身障がい者医療費助成、福祉医療など障がいによる医療費助成 2. 特定疾患（指定難病）医療費助成 3. ひとり親家庭等医療費助成 4. 自立支援医療費助成（　精神通院　・　更生医療　・　育成医療　） 5. その他（　　）
	助成内容について ※該当項目に☑を記入	自己負担はありますか	□ 自己負担無し　☑ 一部自己負担がある
		上記で「一部自己負担がある」に該当する方は、自己負担についてご記入ください	□〔医療証の表面に自己負担が記載されている方〕医療証の表面の自己負担のとおり □ 1ヶ月の自己負担上限額が（　　）円 ☑ 通院1回（ 300）円、入院1日（ 300）円、調剤1回（　）円 □ その他（　　）
	認定日等について	初めて認定を受けた年月日	(平)・令 ××年 ××月 ×日
		初めて認定を受けた日から現在まで空白期間なく認定されていますか	(はい)・いいえ
		現在お持ちの医療証の有効期間	平・(令) ××年 ××月 ×日 ～ 平・(令) ××年 ××月 ××日
照会に関する同意欄 ※右記に☑を記入		☑	私は、高額療養費等の支給可否に関する調査のため、東京都情報サービス産業健康保険組合が国や自治体、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。

【添付書類】 **・国や自治体から交付された「医療証」(表面・裏面）の写し**

受付日付印

【記入上の注意】
・助成対象者１名ごとに該当届を１枚記入してください。
・同じ方が複数の医療費助成を受けているときは、制度ごとに該当届を１枚記入してください。
・助成の内容が変更したり医療証を更新したときは、再度該当届を記入し医療証(写)を添付してください。
・助成期間の途中で医療費助成が終了した時は「医療費助成制度該当届（終了）」をご提出ください。