

※組合使用欄

マネジャー	担当主査	スタッフ

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】 **小学生～74歳までの、国や自治体から医療費助成を受けている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	健康保険証の 記号と番号	記号 番号	被保険者 氏名	(フリガナ)	㊟
	被保険者 の現住所	〒	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
				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	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		被保険者 との続柄	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
	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	1. 子ども医療費助成 2. 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 3. 特定疾患（指定難病）医療費助成 4. 小児慢性疾患医療費助成 5. ひとり親家庭等医療費助成 6. 自立支援医療費助成（精神通院 ・ 更生医療 ・ 育成医療） 7. 妊産婦医療費助成 8. その他（ ）			
	※該当項目 に○を記入	自己負担はありますか	<input type="checkbox"/> 自己負担無し <input type="checkbox"/> 一部自己負担がある <input type="checkbox"/> 〔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 <input type="checkbox"/> 1ヶ月の自己負担上限額が（ ）円 <input type="checkbox"/> 通院1回（ ）円、入院1日（ ）円、調剤1回（ ）円 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	※該当項目 に☑を記入	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	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
	認定日等 について	現在お持ちの 医療証の有効期間	平・令 年 月 日	～	平・令 年 月 日

【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。

上記のとおり医療費助成を受けています。助成内容に変更等が生じたときは速やかに届け出ます。

令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	㊟
-----------------------	---