

## 記入例

協和キリン健康保険組合 宛

医療費助成制度該当届 (  新規  変更  終了 )

2024 年 12 月 25 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社
	被保険者氏名 (自署)	健保太郎				所属	△△支店 △△営業所
		(〒 103- )				従業員番号	20109999
		東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101				メールアドレス	kenpo.00@000.com
被保険者住所						日中連絡先(TEL)	090-0000-0000
同意書	協和キリン健康保険組合の給付金支給過誤を防止するため、自治体に医療費助成内容について確認をとることに同意します。						2024 年 12 月 25 日
	被保険者氏名 自署してください						健保太郎

助成対象者情報	対象者氏名	健保太郎	続柄	本人	対象者の 生年月日	1986 年 5 月 5 日 38 歳
	受給制度	制度名称	<input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児・義務教育就学児・高校生等)医療費制度 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 <input checked="" type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 心身障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費助成 <input type="checkbox"/> その他			
		受給者番号	242424			
		医療証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	東京都中央区			
	助成期間 (有効期限)	2024 年 12 月 1 日 ~ 2025 年 11 月 30 日 ( <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 両方 ) 年 月 日 ~ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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ください。				
助成内容 (自己負担額)	医療機関窓口での自己負担	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし				
	自己負担 「あり」の 場合	<input type="checkbox"/> 医療機関で窓口負担3割(2割)支払い後、自治体より払い戻される <input type="checkbox"/> 定額負担をする 入院1日 ( 円)まで 通院1日 ( 円)まで 薬局1日 ( 円)まで <input checked="" type="checkbox"/> その他(詳細をご記入ください) [ 受給者証記載の指定医療機関 自己負担上限月額 20,000円 ]				

当健保組合に提供された該当者の個人情報については、還付金の受給過誤を防止する目的以外に使用することはありません。

添付書類	市区町村等発行の「受給者証」または「医療証」の写し(表・裏) ※証書の名称は自治体により異なります。
注意事項	・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)」として提出してください。 ・助成期間の途中で医療費助成が終了されたときは「医療費助成制度該当届(終了)」としてご提出ください。 ・健保組合では、医療費の自己負担額にたいして規約に基づき付加給付金を支給しています。自治体の助成と健保組合からの給付金が重複していたことが判明した場合、給付金を返金していただく場合がありますのでご了承ください。

《健保受付日付印》

健保記入欄	備考	常務理事	事務長	担当

2024.12.1改訂