

常務理事	事務長	担当者

医療費助成制度該当届（取得・変更・喪失）

被保険者証	記号		番号		被保険者名	
事業所名称				連絡先または社内メールアドレス		

市区町村発行の受給資格者証(医療証)または通知書の写しを添付してください

1	受給対象者名		続柄				
2	生年月日 (和暦)	年	月	日	年齢	歳	
3	医療証の有効期限 (和暦)	年	月	日から	年	月	日まで
4	医療費助成の名称						
5	発行機関名称(市区町村名)						
6	助成内容 当てはまるものに○をしてください						
	《通院》 ①負担なし ②1割負担 ③2割負担 ④定額負担(1回200円など) ⑤償還払い 助成対象期間(就学前まで・小学校卒業まで・中学校卒業まで・有効期限通り)						
	《入院》 ①負担なし ②1割負担 ③2割負担 ④定額負担(1回200円など) ⑤償還払い 助成対象期間(就学前まで・小学校卒業まで・中学校卒業まで・有効期限通り)						
	《その他》 ()						
7	カシオ健康保険組合が給付金支給決定のため、市区町村より医療費助成の内容について提供を受けることに				<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		

8	資格喪失年月日 (喪失の場合のみ記入)・(和暦)	年	月	日
	喪失理由	①転居のため ②所得制限に該当 ③助成期間満了となったため		

上記のとおり、医療費助成制度該当届を提出します。

(和暦) 年 月 日 被保険者氏名

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

<注意事項>

- ・ 医療証の有効期限内に、医療費助成の資格を喪失した場合は、再度届出の提出をお願いします。
- ・ 医療費助成が受けられなかったために(県外受診等)、自己負担額を支払った場合は必ずご連絡をお願いします。

《 医療費助成制度該当届 裏面 》

※ 医療費助成制度該当届の裏面に「医療証(表・裏)」または「通知書」の写しをのり付けしてください。

添 付 欄

常務理事	事務長	担当者

<記入例>

医療費助成制度該当届 (取得・変更・喪失)

被保険者証 記号	1101	番号	99999	被保険者名	健保 太郎	氏名は自署で ご記入ください。
事業所名称	カシオ計算機		連絡先または 社内メールアドレス	〇〇〇@casio.co.jp		

市区町村発行の受給資格者証(医療証)または通知書の写しを添付してください

1	受給対象者名	健保 一郎	続柄	長男
2	生年月日 (和暦)	平成 30年 5月 5日	年齢	2 歳
3	医療証の有効期限 (和暦)	令和 2年 10月 1日 から 令和 3年 9月 30日 まで		
4	医療費助成の名称	乳幼児医療証		
5	発行機関名称 (市区町村名)	東京都 昭島市		
6	助成内容 当てはまるものに○をしてください			
	《通院》 ①負担なし ②1割負担 ③2割負担 ④定額負担(1回200円など) ⑤償還払い 助成対象期間 ①就学前まで ・ 小学校卒業まで ・ 中学校卒業まで ・ 有効期限通り)			
	《入院》 ①負担なし ②1割負担 ③2割負担 ④定額負担(1回200円など) ⑤償還払い 助成対象期間 ①就学前まで ・ 小学校卒業まで ・ 中学校卒業まで ・ 有効期限通り)			
	《その他》 ()			
7	カシオ健康保険組合が給付金支給決定のため、市区町村より医療費助成の内容について提供を受けることに		<input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

8	資格喪失年月日 (喪失の場合のみ記入)・(和暦)	年 月 日
	喪失理由	①転居のため ②所得制限に該当 ③助成期間満了となったため

上記のとおり、医療費助成制度該当届を提出します。

押印は不要ですが自署でご記入ください。

(和暦) 令和 2年 12月 4日 被保険者氏名 健保 太郎

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

確認して✓記入。

<注意事項>

- ・ 医療証の有効期限内に、医療費助成の資格を喪失した場合は、再度届出の提出をお願いします。
- ・ 医療費助成が受けられなかったために(県外受診等)、自己負担額を支払った場合は必ずご連絡をお願いします。

《 医療費助成制度該当届 裏面 》

※ 医療費助成制度該当届の裏面に「医療証(表・裏)」または「通知書」の写しをのり付けしてください。

添 付 欄