提出日　　年　　月　　日

東亞合成健康保険組合　宛

医療費助成制度該当届（　新規　・　変更・　終了　）

被保険者等 記号・番号	記号		番号		被保険者名	
事業所名称□					勤務先TEL	

● 市区町村等発行の「医療証」の表と裏のコピーを必ず裏面にのり付けし添付してください。

新規・変更	受給対象者名		続柄		生年月日	昭・平・令　年　月　日	歳
	助成制度の名称	NO.	※下記一覧表から選択してください		有効期限	年　月　日から 年　月　日まで	
	助成内容 ※当てはまるものに○してください	1.　入院　（　保険診療分のみ、食事療養標準負担額・差額ベッド代は除く　） 病院での支払い（負担なし　・1割負担　・2割負担　・償還払い　・定額負担する　入院1日　円まで）					
		2.　通院 病院での支払い（負担なし　・1割負担　・2割負担　・償還払い　・定額負担する　通院1日　円まで）					
		3.　その他（　）					
		4.　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　）					
	発行機関名称 （市区町村名）	都・道・府・県　郡・市・区　町・村 受付窓口　TEL					

※　医療費助成制度（公費）一覧表

NO	名　称	NO	名　称
1	乳幼児医療費助成	5	心身障害者医療費助成
2	義務教育就学児医療費助成	6	ひとり親家庭等医療費助成
3	特定疾患医療費助成	7	自立支援医療費助成
4	小児慢性疾患医療費助成	8	その他（　）

終了	終了年月日 （終了の場合のみ記入）	年　月　日
	終了理由	① 転居のため　② 所得制限のため　③ 助成期間満了のため

常務理事	事務長	担　当

＼情報の保護について　：　この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません

≪医療費助成制度（公費）該当届　裏面≫

※医療費助成制度該当届の裏面に「医療証」のコピー（表・裏）をのり付けしてください。

添　付　欄