記入例　医療費の助成制度に関する届出

公費負担医療費　該当・非該当・取消　届

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号番号	記号	番　号	フ　リ　ガ　ナ	ケンポ　タロウ
	×××	×××××	被保険者氏名	健保　太郎
事業所名（所属部署）	日本たばこ産業（株）○○○支店△△△営業部			
フ　リ　ガ　ナ	ケンポ　タクヤ	生年月日	昭・平・令 × 年 × 月 × 日 ×	被保険者との続柄 子
対象者の氏名	健保　拓也			
助成制度	1．乳幼児（子ども）医療　2．心身障害者医療 3．ひとり親家庭医療　4．妊産婦医療 5．老人医療　6．肝炎インターフェロン医療 7．その他　（　　）			
発行機関	受給者証の発行機関名称 □□県　△△市 電話番号　×××(11××)0000	該当年月日	昭・平・令 × 年 × 月 × 日 ×	
		非該当年月日	昭・平・令　年　月　日	
届出事由	1．新たに医療費助成を受けることになった　2．受給要件を満たさなくなった 3．受給する助成内容に変更があった 4．所得制限により受給要件を満たさなくなった（満たしていない）			
添付書類	1．受給者証（写）　2．助成のしおり　3．添付なし 4．その他　（　　）			

該当している助成制度がない場合、「7.その他」に具体的内容をご記入下さい。

上記のとおり届出します。　　令和　××年　××月　××日

ジェイティ健康保険組合　理事長　殿　　被保険者（届出者）

住　所　○○市○○区△△町２－１

電話番号　×××(×××)0000

氏　名　健保　太郎　印

健保組合が記入する欄

確認年月日　令和　　年　　月　　日

◎都道府県名　　◎市区町村名

◎助成内容

	対象年齢	
入院	歳	誕生月末日・誕生日・就学前 小学校終了・中学校終了
通院	歳	誕生月末日・誕生日・就学前 小学校終了・中学校終了

	助成方法	付加金
県内	現物・償還	支給する・停止する （健保優先）（公費優先）
県外	現物・償還	支給する・停止する （健保優先）（公費優先）

	自己負担額の上限
入院	
通院	

◎備考

確認者印

健保受付日付印