

市区町村等医療費助成届

提出日 平成 年 月 日

被保険者証	記号			番号						
被保険者氏名	(フリガナ)									
対象者	氏名	(フリガナ)			続柄			男・女		
	生年 月日	昭和・平成 年 月 日								

事由発生年月日 変更があった場合は、本届を 再提出して下さい。	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日
助成の申請をした 都道府県・市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
助成内容 該当番号に○印をして下さい	1. 老人医療費助成 2. 乳幼児医療費助成(小児医療費助成) 3. 心身障害者医療費助成 4. ひとり親家庭医療費助成 5. 特定疾病(小児特定疾病)医療費助成 6. その他()		
届出事由 該当番号に○印をして下さい	1. 医療費助成を開始した 2. 受給期間が更新(延長)された 3. 転居により助成を受ける市区町村が変わった 4. 既に医療費を助成されている 5. その他()		
＊ご注意ください 市区町村等と健保組合から重複して給付を受けた場合は、健保組合からの給付分は返還して頂きます			

必要な添付書類

- 証のコピー (受給者証・認定証など)

※医療費の助成を受けているが受給者証が発行されない場合は、制度の内容、助成の内容がわかる資料を添付して下さい。