

医療費助成制度該当・非該当(変更)届

デクセリアルズ健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の 記 号 番 号	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名				
	被 保 険 者 の 住 居 地 番 号	〒 ー 都道府県			自宅TEL () ー	ー		
	電 話 番 号				携帯TEL () ー	ー		
	会 社 名							
	受 給 対 象 者 の 氏 名				受給対象者 の生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	被 保 険 者 と の 続 柄	
	受 給 対 象 者 の 住 所	〒 ー 都道府県						
	医療助成①	助成の名称 (下記の医療助成の一覧から選んで記入してください)						
	発 行 機 関	国・都道府県(都・道・府・県)・市町村(市・町・村)						
	届 出 理 由	☐ 新たに助成を受けた・変更があった				☐ 助成が終了した		
		該当する□に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください				助成を受けなくなった日 平成・令和 年 月 日		
被 保 険 者 記 入 欄	助 成 内 容 (該当する□に✓)	区 分	窓口での支払い					
		☐ 入院	☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い	
		☐ 通院	☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い	
		☐ 薬局	☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い	
	受給開始日	平成・令和 年 月 日		受 給 期 限	平成・令和 年 月 日			
	医療助成②	助成の名称 (下記の医療助成の一覧から選んで記入してください)						
	発 行 機 関	国・都道府県(都・道・府・県)・市町村(市・町・村)						
	届 出 理 由	☐ 新たに助成を受けた・変更があった				☐ 助成が終了した		
		該当する□に✓を入れ、矢印の先の項目を記入してください				助成を受けなくなった日 平成・令和 年 月 日		
	助 成 内 容 (該当する□に✓)	区 分	窓口での支払い					
☐ 入院		☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い		
☐ 通院		☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い		
	☐ 薬局	☐ 負担なし	☐ 1割負担	☐ 2割負担	☐ 定額負担	☐ 償還払い		
受給開始日	平成・令和 年 月 日		受 給 期 限	平成・令和 年 月 日				

【医療助成の一覧】				
乳幼児医療	こども医療	育成医療	更生医療	精神通院医療
特定疾患(小児慢性特定疾患)		ひとり親家庭等医療助成		肝炎治療の医療費助成制度
その他く名称を記載してください		障がい者医療		生活保護

【注意事項】

- ・ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。
- ・受給者証、証明書等をお持ちの方は必ず写しを裏面に貼りつけて提出してください。
- ・複数の医療助成を受給されている方は、全て提出してください。(3つ以上の場合は届出用紙を複数枚使用してください)
- ・上記事項に変更が生じた時(助成が終了した時を含む)は速やかに提出してください。
- ・受給認定期間が満了になり、再度継続される場合も速やかに提出してください。
- ・健保組合では、医療費の自己負担分に対して規約に基づき付加金等を支給しております。
届出遅延により付加金を支給していた場合は、受給開始日に遡り返納していただきます。

健 保 記 入 欄	該 当 届 入 力 年 月 日	令和 年 月 日
	非 該 当 届 入 力 年 月 日	令和 年 月 日
	決 裁	常務理事 事務長 担当 担当

作業完了

健保受付印
