記 入 例

届出日　令和　６年１０月１日

【健康保険】　市区町村等医療費助成届

≪届出の必要な方≫
・受給開始・更新・終了、受給内容及び市区町村の変更があった方
（受給者証がなく、後から医療費が支払われる方も対象です）
・新たに被扶養者になった方【助成の有無に関わらず全員提出してください】

捺印不要です

被保険者証		被保険者氏名	住所			
記号	１０００	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	〒123-4567 東京都中央区東京１－１－１			
番号	９９９９９					
対象者氏名		(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　ハナコ　男 健保　花子　(女)	対象者の生年月日	昭和・(平成)・令和 ３０年　９月　５日	続柄	長女

認定になった日、変更になった日を記入する

下記項目について記入し、[illegible]に○印をしてください。

助成ありの方	事由発生年月日	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日
助成の申請をした都道府県・市区町村	東京　(都)・道・府・県　中央　市・(区)・町・村			
助成内容	１．老人医療費助成　(老)・(福)などのこと。 (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．特定医療費（指定難病）・小児慢性特定疾病　医療費[illegible] ６．その他（			
届出事由	(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[illegible] ５．その[illegible]			

受給者証の写しを添付してください

受給開始・変更の際は忘れずに添付のこと

認定日または、助成がなくなった日を記入する

なしの場合も必ず理由に○をする

助成なしの方	事由発生年月日	令和　年　月　日
届出事由	１．該当する助成制度がないため、医療費助成を受けたことがない ２．助成制度はあるが、所得制限により受けられない ３．転居後の市区町村では該当する医療費助成制度がない ４．転居前と転居後の市区町村では医療費助成制度の受給要件が異なり該当しなくなった ５．転居を伴わないが、所得制限により受給要件を満たさなくなった ６．助成制度の対象年齢に該当しなくなり、受給終了となった ７．その他（　　）	

※医療費の助成はあるが受給者証が発行されない場合は、助成の内容がわかる資料を添付してください。
（注）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いただきます。