国・自治体による医療費助成制度　資格取得・変更・終了届

提出日　　年　　月　　日

健康保険　　記号・番号	被保険者氏名

会　社　名	
メール番号	
外　　線	

被保険者住所・連絡先
電話番号（　　）

NO	受給対象者名	取得・変更・終了年月日	終了・変更の事由
①		取得　／　変更　／　終了	□転居の為 □所得制限を超えたため □助成対象の基準に満たなかった為 □その他 （理由　　）
	住所 □被保険者と同じ	年　　月　　日	
②		取得　／　変更　／　終了	□転居の為 □所得制限を超えたため □助成対象の基準に満たなかった為 □その他 （理由　　）
	住所 □被保険者と同じ	年　　月　　日	

確証は裏面に貼り付けて下さい。

◆助成制度対象者で国、自治体より医療証や手帳の交付を受けている方　⇒　コピーを添付して下さい。

◆助成制度対象者で国、自治体より医療証の交付がない方　⇒　以下の項目についてご記入下さい。

① 助成対象傷病名　（　　）／　全ての傷病
助成対象診療区分　入院／外来／歯科／調剤薬局／全て対象
窓口支払方法　　負担なし　／　3割又は2割（支払い後日役所の窓口で助成手続きをする）
高額療養費相当額を支払う
その他（　　）

② 助成対象傷病名　（　　）／　全ての傷病
助成対象診療区分　入院／外来／歯科／調剤薬局／全て対象
窓口支払方法　　負担なし　／　3割又は2割（支払い後日役所の窓口で助成手続きをする）
高額療養費相当額を支払う
その他（　　）

【送付先】
社内メール　〒185－250　　現物G（公費）　宛
郵　　送　〒150-0031　　東京都渋谷区桜丘町29-11
日本電気健康保険組合　現物G（公費）　宛

【お問い合わせ先】
日本電気健康保険組合　現物給付グループ
外線　　03-3461-9370

【健保処理欄】

常務理事	事務長	マネージャ	主任	担当	公費コード	受付年月日

2025.4改版