

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

| | |
|-------------|--------|
| 被保険者証 記号・番号 | 被保険者氏名 |
| 会社名 | |
| メール番号 | |
| TELNET | |
| 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 | 住所 | 取得 / 変更 / 終了 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 転居の為 <input type="checkbox"/> 所得制限を超えたため <input type="checkbox"/> 助成対象の基準に満たなかった為 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | |
| ② | 住所 | 取得 / 変更 / 終了 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 転居の為 <input type="checkbox"/> 所得制限を超えたため <input type="checkbox"/> 助成対象の基準に満たなかった為 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | |

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
 TELNET 8-185-240 外線 03-3461-9370

健保記入欄

| マネージャー | 主任 | 担当 | 公費コード | 受付年月日 |
|--------|----|----|-------|-------|
| | | | | |