

公費負担医療費助成届【新規・変更】

提出する日付を記入してください。

(乳幼児医療・子ども医療除く)

届出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険			被保険者氏名		
	記号	11	番号	123456	日特太郎	
	会社名	日本特殊陶業		所属	〇〇〇〇	
	連絡先	☎ 052-123-3467	内線	1 2 3 - 4 5 6		
	助成 対象者	氏名	日特 花子 続柄 (妻)		生年月日	S・H・R 55年 1月 1日
		住所	〒 現住所			
	助成の 種類	1. 障害者医療		4. 小児慢性特定疾患医療		
		2. ひとり親家庭等医療		5. 特定疾患医療		
		3. 自立支援医療 (精神通院)		6. その他 ()		
	認定機関	国 ・ 都道府県 (愛知県) ・ 市区町村 ()				
助成期間	平成・令和 7年 1月 1日 ~ 平成・令和 7年 12月 31日					
非該当日	平成・令和 年 月 日 (終了の場合のみ記入)					
助成内容	1. すべての疾病に適用					
	2. 認定傷病名のみ適用 (傷病名 認定された傷病名記入 医療機関名 〇〇〇病院)					
窓口負担	3. 窓口での支払い (あり ・ なし)					
	ありの場合 → 1割 ・ 2割 ・ 定額 (10,000 円)					

認定機関が発行した医療証または受給者証に書いてある内容を記入してください。

<添付書類> 認定機関が発行した医療証・受給者証の写し

<注意事項> 医療費助成と健保からの給付金が重複していたことが後日判明した場合、給付金を返納いただきますのでご注意ください。

必ず添付してください。

健保記入欄				
受付	係	係	事務長	常務理事

※「日特健保プラバンポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。