

健康保険組合 地方自治体医療費助成対象者届出書

被保険者証記号番号	※被保険者氏名	住 所	
(7桁)	(7桁)	〒	
	印	昼間連絡先 TEL () -	
助成対象者氏名	(7桁)	被保険者との続柄	01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他 ()
助成対象者の 生 年 月 日	昭 平 年 月 日生		
医療費助成の申請をした 都道府県及び市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
助 成 制 度	A 乳幼児医療費助成、子ども医療費助成 B 障がい者医療費助成 C ひとり親家庭医療費助成 D 妊産婦医療費助成 E 老人医療費助成 F その他 ()		
届 出 理 由	1 医療費助成を受けることとなった 2 受給期間が延長又は短縮された 3 所得制限により受給要件を満たさなくなったため、受給できなくなった 4 受給期間が終了した又は、受給できなくなった 5 その他 ()		
認 定 ・ 照 消 年 月 日	平成 年 月 日	有 効 期 限	平成 年 月

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

※の届出は不要です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 受給者証（写）
---------	----------------------------------

処 理 欄	健 保 組 合	受 付	審 査	〔1次〕	〔2次〕	処 理	
-------------	------------------	--------	--------	------	------	--------	--

記入例

[様式：医第19号]

健康保険組合 地方自治体医療費助成対象者届出書

① 被保険者証記号番号 1 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	② ※被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 印	③ 住 所 〒000-0000 東京都千代田区内神田3-21-1 屋間連絡先 TEL(03) 1234 - 9876	
④ 助成対象者氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎	⑤ 被保険者との続柄 01:本人 11:夫 12:妻 ⑩:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他 ()	昭 21年 4月 1日生 ⑪	
医療費助成の申請をした都道府県及び市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
⑥ 助成制度	<input type="radio"/> A 乳幼児医療費助成、子ども医療費助成 <input type="radio"/> B 障がい者医療費助成 <input type="radio"/> C ひとり親家庭医療費助成 <input type="radio"/> D 妊産婦医療費助成 <input type="radio"/> E 老人医療費助成 <input type="radio"/> F その他 ()		
⑦ 届出理由	<input type="radio"/> ① 医療費助成を受けることとなった <input type="radio"/> 2 支給期間が延長又は短縮された <input type="radio"/> 3 所得制限により支給要件を満たさなくなったため、支給できなくなった <input type="radio"/> 4 支給期間が終了した又は、支給できなくなった <input type="radio"/> 5 その他 ()		
⑧ 認定・照消年月日	平成 年 月 日	⑨ 有効期限	平成 年 月

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

添付書類	<input type="checkbox"/> 受給者証(写)
------	----------------------------------

健康保険組合	受付	審査	[1次]	[2次]	処理
--------	----	----	------	------	----

2012.04

- <<被保険者（申請者）記入例>>
- ① 上段に記号（4ケタ）
下段に番号（7ケタ以下右づめ）
を記入する。
 - ② 被保険者若しくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
※被保険者氏名欄の押印は、被保険者が自筆市 t 場合は不要。
 - ③ 自宅の住所、屋間連絡先を記入する。
 - ④ 医療費助成を受けている者の氏名を記入する。
 - ⑤ 該当する番号を○で囲む。
該当がない場合は、その他（ ）
内に続柄を記入する。
 - ⑥ 該当するアルファベットを○で囲む。
 - ⑦ 該当する記号を○で囲む。
 - ⑧ 新たに医療費助成を受けることとなった場合又は転居後の市区町村においても医療費助成を受けることとなった場合は認定年月日を記入し、医療費助成が受けられなくなった場合は支給取消年月日を記入する
 - ⑨ 支給する医療費助成の有効期限を記入する。