

公費負担医療助成該当届（乳幼児医療・子ども医療該当者は除く）

この書類は、医療費の自己負担相当額を自分で負担されない方（公費負担医療助成該当者）に提出いただくものです。

※太枠内を記入し、医療受給者証のコピーを添付して提出してください（ご本人とご家族が対象です）。

被 保 険 者 情 報	保険証	記号 - 番号 -	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先	

<申請内容>

医 療 助 成 受 給 者 情 報	受給者	氏名		
		続柄	受給者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	受給者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 - <input type="checkbox"/> 被保険者と相違 (相違時住所記入)		
	公費負担医療 助成区分 (選択)	<input type="checkbox"/> 1 特定疾患 または 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 2 母(父)子家庭医療 <input type="checkbox"/> 3 障害者医療 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
	前項区分 <input type="checkbox"/> 1該当者 のみ記入	傷病名	医療機関名	
	受給開始 (公費該当開始期間)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	受給期間	令和 年 月 日

・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付等の支払に使用される場合があります。

詳しくは <https://www.ty-kenpo-kikin.or.jp/kenpo/policy> をご覧ください。

【お願い】

健康保険組合では医療費の自己負担分に対し、規約により付加金等を支給しております。

届出の遅延により付加金を支給していた場合は、受給開始年月日より返納していただきますのでご了承ください。

また、助成内容に変更、非該当等があった場合は、お手数ではございますが、その都度当健康保険組合までご連絡くださいますようお願いいたします。

《提出先》

トヨタ車体健康保険組合

公費負担医療助成該当届 裏面

※受給者証等のコピーを添付してください(大きい場合は折り曲げてください)。

しっかりとのりづけをしてください。