

公費負担医療助成該当届（乳幼児医療・子

健康保険証に記載されている
ものをご記入ください

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（公費負担医療助成対象者）の届出用です。
※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	記号 - 番号	生年月日
	1 - 12345	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 63 年 7 月 15 日
	氏名	健保 太郎
	住所	〒 ○○○ - △△△△ 愛知県刈谷市○○○△△△△××××
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	健保 花子		
		続柄	受給者生年月日		
		妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2 年 3 月 4 日	
	受給者住所	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 令和	4 年 11 月 1 日	受給期間	令和 5 年 7 月 31 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)。

愛知県内のみ有効	
障 障害者医療受給者証	
受給者番号	123456789
受給者	住所 刈谷市一里山町金山100番地
	氏名 健保 花子
	生年月日 平成 2年 3月 4日
有効期限	令和 4年 11月 1日から 令和 5年 7月 31日まで
発行機関名 及び印	愛知県刈谷市長 印
交付年月日	令和 4年 11月 1日

この証は、被保険者証(又は組合会証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。