| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|---|---|---|
| | | |

# 医療費助成制度該当届

届出日：　　年　　月　　日

＊ニデック健保の資格情報（被保険者証等の記号・番号）は、マイナポータル、KOSMO-webに掲載の「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」、「健康保険証」のいずれかから確認できます。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証等の記号・番号 | ー | 事業所（会社）名 | | |
| | 被保険者氏名 | | 住所 | | |
| | 生年月日 | 昭<br>平　　年　　月　　日 | 連絡先*1 | 電話番号 | |
| | | | | e-mail | |

＊1連絡先について：日中連絡のとれる電話番号を記入してください。電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合はe-mailをご記入ください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 助成対象者情報 | 対象者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | 続柄 | |
| | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　　年　　月　　日 | | | 年齢 | 満　　歳 |
| | 受給制度 | 制度名称<br>＊該当するものに〇 | 1．乳幼児医療費助成　2．子ども医療費助成（　　）歳まで<br>3．特定疾患医療費助成　4．小児慢性疾患医療費助成<br>5．心身障がい者医療費助成　6．ひとり親家庭等医療費助成<br>7．自立支援医療費助成<br>8．その他（　　） | | | |
| | | 受給者番号 | | | | |
| | | 受給者証の発行機関 | 都道府県　市区郡　区町村 | | | |
| | | 助成期間（有効期間） | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（通院・入院・両方）<br>令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（通院・入院・両方）<br>＊通院と入院での助成期間が異なる場合は、それぞれの期間を記入してください。 | | | |
| | 自己負担 | 医療機関窓口での自己負担 | あり　・　なし | | | |
| | | 自己負担<br>**"あり"**の場合<br>＊いずれかに〇<br>金額など記入 | 1．通常どおり窓口で３割負担（６歳未満は２割負担）をする<br>2．定額負担をする　通院１日　円　（上限月額　円）<br>入院１日　円　（上限月額　円）<br>3．その他（　　）<br>□　償還払いのため受給者証の発行がない場合は☑してください | | | |

**●市区町村等発行の『医療証（表・裏）』のコピーを必ず裏面にのりづけしてください。**

提出先：ニデック健康保険組合　〒601-8205　京都府京都市南区久世殿城町338　TEL:0120-162-100

**【注意事項】**

＊助成内容に変更（期間途中での終了含む）および更新があった場合は、『医療費助成制度該当届』を再度提出してください。

受付日付印