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-	veb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	被保険者証等の 記号・番号		_			事業所(会社)名			
険 者	被保険者氏名					住所			
情 報	生年月日	昭	年	月		連絡先*1	電話番号		
	土牛万口	年 月 日 平		П	建稻元™1	e-mail			

*1連終先について・日中連終のとれる雷話番号を記入してください。雷話での連終が難しく、メールでの連終を希望される場合はe-mailをご記入ください。

*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たさい。電話での連絡か難しく、メールでの連絡を希望される場合はe-mailをこ記入くたさい。												
対象者氏名						性別	男・	女	続柄			
生年月日	昭 平 令			年	月	B			年齢	満	蒜	裁
受給制度			1. 🗄	1. 乳幼児医療費助成				2. 子ども医療費助成() 歳まで				
	制度名称 *該当するものに〇		3. 4	3. 特定疾患医療費助成				4. 小児慢性疾患医療費助成				
			5. 心身障がい者医療費助成				6. U	6. ひとり親家庭等医療費助成				
			7. 自立支援医療費助成									
			8. 7	その他()	
	受給者											
	受給者証の発行機関			都道			市[市区		区町		
			府県				郡			ŧ	寸	
	助成期間 (有効期間)	令和	年	月	日	~ 令和	年	F	月 日	(通院・)	入院・両方))
		令和	年	月	日	~ 令和	年	F	月 日	(通院・)	入院・両方))
		* 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。										
	医療機関窓口での自己負担 あり ・ なし											
自己負担		1. 通常と										
	自己負担 "あり" の場合 * いずれかに〇 金額など記入	2. 定額負	負担をす	する 通	院1日		円	(上	限月額		円))
				ス	、院1日		円	(上	限月額		円))
		3. その他	! ()	
		□ 償還払いのため受給者証の発行がない場合は図してください										
	対象者氏名 生年月日 受給制度	対象者氏名	対象者氏名 生年月日	対象者氏名 生年月日	対象者氏名 生年月日	対象者氏名 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日	世界	世年月日 昭 中 年 月 日 日	対象者氏名 性別 男・女 生年月日 昭平令令 年月日 制度名称**該当するものに〇 1. 乳幼児医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 4. 小児慎 5. 心身障がい者医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. その他 (受給者番号 都道府県 受給者番号 都道府県 ウ粉期間(有効期間) 令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~令和年月日~今和年月日~今和年月月日~今和日月日本日日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本日本	対象者氏名 性別 男・女 続柄 生年月日 年月日 年齢 1. 乳幼児医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 4. 小児慢性疾患医 5. 心身障がい者医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. その他(4. 小児慢性疾患医 5. 心身障がい者医療費助成 6. ひとり親家庭等医 7. 自立支援医療費助成 8. その他(受給者番号 都道 市区 府県 郡 受給者番号 令和 年月日~令和年月日 4. 中月日~令和年月日日中日中日中日中日中日中国市政制制を記入してください。 医療機関窓口での自己負担 あり・なりまする 2. 定額負担をする 通院1日円 (上限月額 円 (上限月額 八院1日 円 (上限月額 上 (上限月額 円 (上限月額 円 (上限月額 円 (上限月額 円 (上限月額 円 (上限月額 上 (上限 (上限 (上限 (上限 (上限 (上限 (上限 (上限 (上限 (対象者氏名	対象者氏名 性別 男・女 続柄 年年月日 日 年齢 満 意

●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