

常務理事	事務長	係	

医療助成該当（新規・**変更**）届

保険者証 記号番号	(記号) - (番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所 名 称	〇〇〇株式会社
被保険者 氏 名	健保 太郎 		
被保険者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 9-9-9		

該 当 者 氏 名	(フリガナ) ケンボ イチロウ	続 柄	長男
	健保 一郎		
該 当 者 生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
該 当 者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町 9-9-9		
助 成 期 間	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ～ 昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
助成を受ける 公的機関名	〇〇県	公的 機関 TEL	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

※本人が該当する場合も「該当者氏名欄」に記入する。

※認定証・証明書と一緒に、制度の内容、基準等がわかるものを添付する。
（添付書類は写しで可）

※助成内容に変更があった場合は、「医療助成変更届」として提出する。

※助成を受けられなくなった場合は、「医療助成不該当届」を提出する。

※記入漏れの無いようにすること。