

|      |     |   |  |
|------|-----|---|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |  |
|      |     |   |  |

医療助成不該当届

|              |                  |            |  |
|--------------|------------------|------------|--|
| 保険者証<br>記号番号 | (記号) - (番号)<br>— | 事業所<br>名 称 |  |
| 被保険者<br>氏 名  |                  |            |  |
| 被保険者<br>住 所  | 〒 —              |            |  |

|                 |                   |                 |     |
|-----------------|-------------------|-----------------|-----|
| 不該当者<br>氏 名     | (フリガナ)            | 続 柄             |     |
|                 |                   |                 |     |
| 不該当者<br>生年月日    | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |                 |     |
| 不該当者<br>住 所     | 〒 — 都 道<br>府 県    |                 |     |
| 不 該 当<br>年 月 日  | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |                 |     |
| 助成を受けた<br>公的機関名 |                   | 公的<br>機関<br>TEL | ( ) |
| 不 該 当<br>の 理 由  |                   |                 |     |

※本人が不該当になった場合も「不該当者氏名欄」に記入する。

※助成を再度受ける場合は、「医療助成該当届」を提出する。

※記入漏れの無いようにすること。