

常務理事	事務長	係	

医療助成不該当届

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		

不該当者 氏 名	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎	続 柄	長男
不該当者 生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
不該当者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町 9-9-9		
不 該 当 年 月 日	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
助成を受けた 公的機関名	〇〇県	公的 機関 TEL	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
不 該 当 の 理 由	乳幼児育児助成の対象からはずれたため		

※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。