

## 公費負担医療費助成制度適用届 新規 / 変更 / 取消

(届出日) 年 月 日

## 【被保険者欄】

保険証の 記号・番号	—	記号番号がわからない場合 マイナンバーを記入してください	
被保険者 氏名		電話番号 (日中連絡先)	
メールアドレス			

## 【医療費助成対象者欄】

※この届出書は対象者1名につき、1枚提出してください。

適用者 氏名		生年月日	年 月 日
続柄		年齢	発行機関名 (自治体等名)
有効期間 (取消は終了日のみ記入)	年 月 日	～	年 月 日
適用を受ける 公費負担 医療制度 の名称 (該当に○)	1. 子ども(義務教育就学児)医療費助成 2. 特定疾患医療費助成 3. 小児慢性特定疾患治療費助成 4. 小児精神病医療費助成 5. 重度心身障がい者医療費助成 6. ひとり親家庭等医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. 精神通院医療費助成 9. 妊産婦医療費助成 10. 結核医療費助成 11. B型・C型ウイルス肝炎医療費助成 12. その他 ( )		

## 添付書類

## 適用(新規・変更)となった場合

自治体等が発行した「医療証(表・裏)」「受給者証(表・裏)」のコピーをここに貼付  
もしくは本紙に添付

## 非適用(取消)となった場合

自治体等からの停止(終了)に関する通知文書のコピーを本紙に添付

【提出方法】 健康保険組合へ直接ご提出ください。(事業所を経由する必要はありません。)

【提出先/問合せ先】 178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43

タムラ製作所健康保険組合

☎03-3978-2083