

明治グループ健康保険組合理事長 殿

### 公費医療受給者認定

該当者 届  
不該当者

太枠線内は、すべて記入してください。

令和 年 月 日

記号・番号	—	事業所名	
被保険者名		生年月日	昭和 平成 年 月 日

「該当」又は「不該当」になる方のみ記入し、「該当」となる方の「医療受給者証」又は「医療証」の写しを添付して下さい。70歳以上の高齢者については届出不要です。

区分	該当 不該当	氏名	生年月日	公費医療受給者証に関する事項				備考	
				公費医療助成制度	市町村番号	受給者番号	発行機関名		有効期間始期又は不該当年月日
本人	該当		昭・平 年 月 日	1.乳幼児医療 2.重度心身障害者医療 3.ひとり親家庭医療 4.その他( )				平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
	不該当								
被 扶 養 者	該当		昭・平・令 年 月 日	1.乳幼児医療 2.重度心身障害者医療 3.ひとり親家庭医療 4.その他( )				平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
	不該当								
	該当		昭・平・令 年 月 日	1.乳幼児医療 2.重度心身障害者医療 3.ひとり親家庭医療 4.その他( )				平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	

#### 【公費医療費助成制度】

「乳幼児医療」「重度心身障害者医療」「ひとり親家庭医療」「妊産婦医療」「生活保護法」「難病疾患」「公害疾病関連医療」等があります。市区町村によって実施制度や年齢・所得等により助成対象が異なりますので、居住地の市区町村に確認して下さい。

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者