

明治グループ健康保険組合理事長 殿

【記入例】

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	1234 - 1234567	事業所名	(株)〇〇 △△支店
被保険者名	明治 太郎	生年月日	昭和 〇〇年 3 月 3 日 平成

「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	明治 太郎	昭和 〇〇年 3 月 3 日	1.乳幼児医療	123456	1234567	東京都	平・令 〇〇年 4 月 1 日	
	不該当			2.重度心身障害者医療				平・令 〇〇年 3 月 31 日	
被 扶 養 者	不該当	明治 一郎	昭和 〇〇年 6 月 15 日	1.乳幼児医療	123456	2345678	東京都	平・令 年 月 日	
	不該当	2.重度心身障害者医療	平・令 〇〇年 3 月 31 日						
	不該当	3.ひとり親家庭医療	平・令 年 月 日						
不該当	不該当		昭和 年 月 日	1.乳幼児医療				平・令 年 月 日	
不該当	不該当		昭和 年 月 日	2.重度心身障害者医療				平・令 年 月 日	
不該当	不該当		昭和 年 月 日	3.ひとり親家庭医療				平・令 年 月 日	
不該当	不該当		昭和 年 月 日	4.その他( )				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