送付先

〒541-0041

大阪府大阪市中央区北浜 4-5-33

住友ビル 11 階

住商連合健康保険組合

常務理事	事務長		係

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

令和　　年　　月　　日

被保険者情報	記号	番号	事業所名	
	被保険者のマイナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）			
	氏名		生年月日	
			昭和 平成　　年　　月　　日	
住所	〒　　－ 電話　　（　　）			
医療費助成対象者	氏名		生年月日	続柄
			昭和・平成 令和　　年　　月　　日	
助成制度 （該当する項目に〇印）	①. ひとり親家庭等医療費助成　②. 乳幼児医療費助成・子ども医療費助成 ③. 心身障がい者医療費助成　④. 妊産婦医療費助成 ⑤. その他（　　）			
助成内容 （該当する項目に〇印）	【通院】①. 負担なし　②. １割負担　③. ２割負担　④. 定額負担（１回２００円など） ⑤. その他（　　）			
	【入院】①. 負担なし　②. １割負担　③. ２割負担　④. 定額負担（１回２００円など） ⑤. その他（　　）			
上記制度の助成開始年月日	令和　　年　　月　　日			
上記制度の助成終了年月日	令和　　年　　月　　日			
医療証等を発行している窓口 （都道府県、市区町村名）	都・道 府・県　　市・区 町・村			

受付日付印

【注意事項】

- **ご家族で医療費助成制度に該当の方が複数いらっしゃる場合はお一人につき１枚該当届をご記入ください。**
- **助成内容に変更及び更新があった場合は「医療費助成該当届（変更）」として提出してください。**
- **助成期間の途中で医療費助成が終了された場合は「医療費助成該当届（終了）」として提出してください。**

住商連合健康保険組合

「受給資格者証、医療証、通知書」等のコピーを下記に貼付してください

（表面、裏面がある場合は両方コピーしてください）

添　付

住商連合健康保険組合