

☆ 医療費の助成を受けている方はご報告ください。

・国もしくは地方自治体の医療費助成、また全国の殆どの市区町村では、おもに就学前の乳幼児を対象とした医療費の助成制度が実施されています。こうした医療費助成が行われた場合には健康保険組合の給付金と重複しないように調整する必要があります。その為下記届出書をご提出ください。

## 【市区町村等医療費助成届】

提出日 平成 年 月 日

被保険者証		記号		番号	
被保険者氏名		印			
対象者	氏名	(フリガナ)		続柄	男・女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			

事由発生年月日 変更があった場合は、 本届を再提出してください。	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日
助成の申請をした 都道府県・市区町村	都・道・府・県		市・区・町・村
助成内容 該当番号に○印をして下さい	1. 乳幼児医療費助成・こども医療費助成（88） 2. 心身障害者医療費助成（80） 3. ひとり親家庭医療費助成（81） 4. 特定疾病（51）・小児慢性特定疾病（52）医療費助成 5. その他（ ）		
届出事由 該当番号に○印をして下さい	1. 医療費助成を開始した 2. 受給期間が更新(延長)された 3. 転居により助成を受ける市区町村が変わった 4. 既に医療費を助成されている 5. その他（ ）		
＊ご注意ください＊ 市区町村等と健保組合から重複して給付を受けた場合は、健保組合からの給付分は返還して頂きます			

### 必要な添付書類

1. 証のコピー（受給者証・認定証など）

※医療費の助成を受けているが受給者証が発行されない場合は、制度の内容、助成の内容がわかる資料を添付して下さい。