『公費負担による医療費助成届』

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令　和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者等 | 被 保 険 者 氏 名  | 公 費 受 給 対 象 者 の 住 所（住民票届出） |
| 記 号 |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ） | 〒 |
| 番 号 |  |
| 公 費 受 給 対 象 者 の 氏 名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ） | 公費受給対象者の生年月日 | 昭・平・令　 年 月 日 | 続　　柄 |  |
| 交付された都道府県・市区町村　 |  　都・道・府・県／ 　　　　　　　市・区・町・村 |
| この届出書を提出する理由（該当する箇所の番号を○で囲んでください。） | １　市区町村から新規に交付された２　有効期限の更新・制度改正により交付された３　転居により新規に交付された４　対象年齢・転居により助成対象者から該当しなくなった 　　非該当日（ 　　 　　　年 　　　月 　　　日）５　そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療費助成内容について（該当する箇所の番号を○で囲んで必要事項をご記入ください。） | １　医療機関での窓口での支払いがない２　医療機関での窓口での支払いがあるＡ 受診１回につき通院 　　　 円・月　　　　回まで　　　　　　　　 入院　　　　　　円（　　　　　　　　　）Ｂ 後日、市区町村担当窓口へ請求するＣ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜医療証の両面コピーを貼付してください。＞ |

* 市区町村によっては、有効期限の更新や対象年齢の引き上げ等の制度改正が行われます。

新たに交付又は更新がされましたら、速やかにご提出くださいますようお願い申し上げます。