『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。