

# 『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<br>(フリガナ)   | 公費受給対象者の住所(住民票届出)<br>〒 |    |  |
| 記号  |  |  |                        |    |  |
| 番号  |  |  |                        |    |  |
| 公費受給対象者の氏名<br>(フリガナ)                          |  | 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<br>(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<br>2 有効期限の更新・制度改正により交付された<br>3 転居により新規に交付された<br>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<br>非該当日( 年 月 日)<br>5 その他( ) |                        |    |  |
| 医療費助成内容について<br>(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<br>2 医療機関での窓口での支払いがある<br>A 受診1回につき通院 円・月 回まで<br>入院 円( )<br>B 後日、市区町村担当窓口へ請求する<br>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。