

# 『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		(フリガナ)	〒			
番号						
公費受給対象者の氏名		(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 (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。