

届出日： 年 月 日

市区町村等 医療費助成届

被保険者証	被保険者氏名		住 所		
記号	(フリガナ)		〒 ー		
番号					
マイナンバー			(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)		
対象者氏名	(フリガナ)	男女	対象者の生年月日	年 月 日	続柄

下記事項について記入し、該当の番号に○をして下さい。

助成申請あり	事由発生年月日※1	年 月 日	有効期限※2	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	1. 乳幼児・小児・子ども医療費助成 2. (心身)障害者医療費助成 3. 老人医療費助成 4. 重度(心身)障害者医療費助成 5. 特定疾患医療費助成 6. ひとり親家庭医療費助成 7. 自立支援医療費助成(精神通院医療) 8. その他()			
届 出 事 由	1. 医療費助成を開始した。 2. 支給期間が更新(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()			

受給者証の写しを添付して下さい

助成申請なし	事由発生年月日※3	年 月 日
届出なし事由	1. 助成制度はあるが、所得制限により受けられない 2. 転居後の市区町村では該当する医療費助成制度がない 3. 転居前と転居後の市区町村では医療費助成制度の受給要件が異なり該当しなくなった 4. 転居を伴わないが、所得制限により受給要件を満たさなくなった 5. その他()	

※医療費の助成はあるが受給者証が発行されない場合は、助成の内容がわかる資料を添付して下さい。

※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いただきます。

(注意)

※1. 認定になった日、変更になった日を記入する。

※2. 受給者証の期限または助成の終了予定日を記入する。

※3. 取消になった日を記入する。