

記入例： 公費医療費助成届

- 被保険者
- 被扶養者

公費医療費助成届 (新規・変更・終了)

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|---|-------------------------------|---|
| 確認欄 | コニカミノルタ | 自治体発行の 「医療証」または「医療費受給者証」 (表裏)のコピーを必ず添付下さい。 | | 令和 5 年 10 月 1 日提出 | | |
| | この届出について 1. 申請者本人 2. 記載内容 | | | 被保険者氏名 健保 太郎 | | |
| 【被保険者欄】 この欄は届出をする被保険者本人について記入して下さい | | | | | | |
| 被保険者証の記号 | *** | 被保険者証の番号 | ***** | 勤務する事業所の名称 | コニカミノルタ (株) | |
| 氏名 | (フリガナ) ケンポ | タロウ | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 5.昭 |
| | (氏) 健保 | (名) 太郎 | | | | <input type="checkbox"/> 7.平 |
| 被保険者の住所 | 〒 192 - **** | | TEL 042 - **** - **** | | | |
| | 東京都八王子市***12345 | | | | | |
| | E-Mail: ****@konicaminolta.com | | | | | |
| 該当者氏名 | (フリガナ) ケンポ | ハナコ | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 5.昭 |
| | (氏) 健保 | (名) 花子 | | | | <input type="checkbox"/> 7.平 |
| | 続柄 | 妻 | 年齢 | 満 ** 歳 | 小学校 | 年生 |
| | | | | 中学校 | 年生 | |
| | | | | 高校 | 年生 | |
| 医療助成制度名称 [該当する助成に✓を付けて下さい] | <input type="checkbox"/> 1. 小児慢性特定疾病医療助成 | | <input type="checkbox"/> 6. 戦傷病者原爆被爆者認定疾病 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2. 指定難病医療助成 (特定疾患含む) | | <input type="checkbox"/> 7. 大気汚染関連医療助成 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 障害者・重度心身障害者医療助成 | | <input type="checkbox"/> 8. B型・C型ウイルス肝炎治療医療助成 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. ひとり親家庭等医療助成 | | <input type="checkbox"/> 9. その他 () | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5. 障害者自立支援医療助成 | | ※5該当の場合、助成の種類を選択→ (精神通院・更生医療・育成医療) | | | |
| 公費番号 | 54***** | | 受給者番号 | ***** | | |
| 医療証発行機関名 (都道府県・市町村等自治体名) | 東京都 | | | | | |
| 指定難病・特定疾患・小児慢性該当者は記入 | 傷病名 | **** | | 受診医療機関名 | ****病院 | |
| 助成期間 (有効期間) | 令和 ** 年 ** 月 ** 日 から 令和 ** 年 ** 月 ** 日 まで | | | | | |
| 医療機関自己負担 | <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | 有りの場合は自治体からの還付金 | <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | 還付金の上限額 | **** 円 | |
| 月額上限負担額 | 入院: | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |
| | 通院: | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |
| | 調剤: | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |

★助成終了の方は以下もご記入下さい。

| | |
|---------|---|
| 助成終了年月日 | 令和 年 月 日 |
| 終了理由 | <input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> 所得制限のため <input type="checkbox"/> 助成期間終了のため <input type="checkbox"/> その他 () |

～注意事項は裏面をご確認下さい～

記入例： 公費医療費助成届

- 被保険者
- 被扶養者

公費医療費助成届（新規・変更・**終了**）

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|---------------------|
| 確認欄 | コニカミノルタ健康保険組合 理事長殿 | | | | | |
| | この届出については、以下の要件を満たしています。 令和 5 年 10 月 1 日提出 | | | | | |
| 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 | | | | | | |
| 2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 被保険者氏名 健保 太郎 | | | | | | |
| 【被保険者欄】 この欄は届出をする被保険者本人について記入して下さい | | | | | | |
| 被保険者証の記号 | *** | 被保険者証の番号 | ***** | 勤務する事業所の名称 | コニカミノルタ（株） | |
| 氏名 | (フリガナ) | ケンポ | タロウ | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 | |
| | (氏) | 健保 | (名) 太郎 | | <input type="checkbox"/> 女 | |
| 被保険者の住所 | 〒 | 192 | — | **** | TEL 042 — **** — **** | |
| | E-Mail: | ****@konicaminolta.com | | | | |
| 該当者氏名 | (フリガナ) | ケンポ | ハナコ | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | |
| | (氏) | 健保 | (名) 花子 | | <input checked="" type="checkbox"/> 女 | |
| | 続柄 | 妻 | 年齢 | 満 ** 歳 | 小学校 | 年生 |
| 医療助成制度名称 [該当する助成に✓を付けて下さい] | <input type="checkbox"/> 1. 小児慢性特定疾病医療助成 | | <input type="checkbox"/> 6. 戦傷病者原爆被爆者認定疾病 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2. 指定難病医療助成（特定疾患含む） | | <input type="checkbox"/> 7. 大気汚染関連医療助成 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 障害者・重度心身障害者医療助成 | | <input type="checkbox"/> 8. B型・C型ウイルス肝炎治療医療助成 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. ひとり親家庭等医療助成 | | <input type="checkbox"/> 9. その他（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 障害者自立支援医療助成 | | ※5該当の場合、助成の種類を選択→（精神通院・更生医療・育成医療） | | | | |
| 公費番号 | 54***** | | | 受給者番号 | ***** | |
| 医療証発行機関名（都道府県・市町村等自治体名） | | | 東京都 | | | |
| 指定難病・特定疾患・小児慢性該当者は記入 | 傷病名 | **** | | 受診医療機関名 | ****病院 | |
| 助成期間（有効期間） | 令和 ** 年 ** 月 ** 日 から 令和 ** 年 ** 月 ** 日 まで | | | | | |
| 医療機関自己負担 | <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | 有りの場合は自治体からの還付金 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | 還付金の上限額 **** 円 | |
| 月額上限負担額 | 入院： | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |
| | 通院： | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |
| | 調剤： | <input type="checkbox"/> 負担無し | <input type="checkbox"/> 1割負担 | <input type="checkbox"/> 2割負担 | <input type="checkbox"/> 3割負担 | 月額上限額 **** 円 |

★助成終了の方は以下もご記入下さい。

| | |
|---------|---|
| 助成終了年月日 | 令和 ** 年 ** 月 ** 日 |
| 終了理由 | <input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> 所得制限のため <input checked="" type="checkbox"/> 助成期間終了のため <input type="checkbox"/> その他（ ） |

～注意事項は裏面をご確認下さい～