

申請ルート: 申請者(被保険者) → ミットヨ健康保険組合

公費負担医療助成該当届
(乳幼児医療及び子ども医療費助成該当者は除く)

※太枠内をもれのないように記入し、医療受給者証又は医療証の写しを添付し提出してください。

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日
	氏名	氏		名	社員番号			
					生年月日	年	月	日
	所属名称							
住民票住所	〒 -							

医療助成受給者の						
氏名	氏		名		被保険者から みた続柄	
生年月日	年	月	日	年齢		

公 費 負 担 医 療 助 成 区 分	該当する項目を選択してください。「その他」の場合は()内に助成制度の名称をご記入ください。							
	☐ 特定疾患医療 または 小児慢性特定疾患							
	☐ 心身障害者医療助成							
	☐ B型 ・ C型肝炎医療助成							
	☐ ひとり親家庭等医療助成							
	☐ 障害者自立支援医療(☐ 精神通院医療 ☐ 厚生医療 ☐ 育成医療)							
☐ その他()								

被保険者の個人番号(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です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

【お願い】

当健康保険組合では、医療費の自己負担額に応じて、高額療養費・一部負担還元金・家族療養付加金等を自動払い方式で支給しております。従いまして、当組合と各都道府県(市区町村)等との重複給付が判明した場合は、後日返還請求させていただく場合がありますので、あらかじめご承知ください。また、新たに医療助成に該当された場合、更新、助成内容に変更、非該当等があった場合は、大変お手数ではございますが、その都度必ず当組合までご連絡くださいますようお願いいたします。

健保組合受付欄