

常務理事	事務長	係

医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

井門エンタープライズ健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 報	事業所名		部署名	
	被保険者証等	記号	番号	電話番号
	氏名		生年月日	昭和 平成

受給者（助成対象者）情報	受給者氏名			続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月
	住所	〒			
	医療費助成制度	制度名称 ※ 名称は各市区町村等により異なります	1. 乳幼児(子ども)医療費助成 2. 障害者医療費助成 3. ひとり親家庭医療費助成 4. 特定医療費(指定難病)助成 5. 小児慢性特定疾病医療費助成 6. 自立支援医療費助成 7. その他 ()		
		受給者番号			
		受給者証の発行機関 (都道府県・市区町村名)	都道府県	市区町村	
	助成内容	有効期間 令和			
		区分	医療機関窓口での支払い(該当するものに☑を入れてください)		
		☐ 通院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) ☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い		
		☐ 入院	☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) ☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い		
☐ 薬局		☐ 負担なし ☐ 2割負担 ☐ 定額負担(通院1日 円まで) ☐ 1割負担 ☐ 3割負担 ☐ 償還払い			
終了日	年 月 日(理由:)				