

乳幼児・子ども医療費助成

該 当 届
不該当

令和 年 月 日

東北電力健康保険組合 御中

新規	変更
----	----

(どちらかに○をつける)

被保険者氏名	記号番号		事業所(店所)	所属
対象者氏名	対象者生年月日		続柄	電話番号
	平・令	年 月 日		
助成期間 (該当者のみ記入)	入院	歳まで	年 月 日より	年 月 日まで
	外来	歳まで	年 月 日より	年 月 日まで
住 所 (住民票をおいている住所)	〒			
変更理由 (変更される方のみ記入)	1. 転居や所得等の理由により助成対象となったため。 対象となった時期： 年 月 日 より			
	2. 転居や所得等の理由により助成対象外となったため。 対象となった時期： 年 月 日 より			
	3. その他()			

1. 助成期間は市町村によって異なりますので、市町村の担当窓口やホームページ等でご確認下さい。
2. 助成内容に変更があった場合は、速やかに「乳幼児・子ども医療費助成該当・不該当届」を再提出して下さい。
3. 助成に該当する方は受給者証の写しを添付して下さい。