

医療費助成該当届

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)

助成事業内容 (該当個所に○をつける)	1. 重度心身障害者医療 2. ひとり親家庭医療 3. 特定疾患 4. 妊産婦医療 5. その他 ()		
被保険者氏名	記号番号	事業所(店所)	所属
該当者氏名	該当者生年月日	続柄	電話番号
	昭・平・令 年 月 日		- - 【保安】 -
助成期間 (期間が決まっている場合は ②に記入)	① 年 月 日より (受給者証交付日) ② 年 月 日より 年 月 日まで		
住 所 (住民票をおいている住所)	〒 -		
備 考			

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「医療費助成該当届」を再提出して下さい。
3. 各助成事業の受給者証の写しを添付して下さい。