

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

【助成事業内容】について
 1~4以外にも、心身障害者医療や自立支援医療など各種助成制度
 (保険診療の自己負担分を助成)があります。
 その場合は、5.その他を選択し、助成内容を記入してください。

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
電力 康一	12-3456	東北電力(株) 〇〇営業所	給与
該当者氏名	該当者生年月日	続柄	電話番号
電力 優太	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 令 ×年 ×月 ×日	長男	022-224-6335 【保安】 911-0000
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)	〒 980-8550 仙台市青葉区本町1-7-1		
<p>【助成期間】について 期間の終了日があらかじめ決まっている場合は、終了日を記入し、 期間の延長が見込まれる場合は、終了日は未記入のまま提出 してください。 なお、各医療助成事業の該当から外れた時点で健保組合まで ご連絡ください。</p>			

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。