

自治体医療費助成制度該当届

新規
終了 申請書

常務理事	事務長	係	係

令和 年 月 日

◆申請者確認欄	<input type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。		
①被保険者証の 記号・番号	記号 番号 -	②被保険者の氏名	
③被保険者の住所	〒 -		
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に 使用します(複数可)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 :		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 :		
	メールアドレス :		
⑤医療費助成対象者の氏名・ 生年月日・続柄	(a)氏名	(b)生年月日 昭・平・令 年 月 日	(c)被保険者との続柄
⑥ ⑤の助成対象者が住民登録を する都道府県・市区町村名 ※③の住所と異なる場合のみ記入	都 道 区 府 県 市 郡 町		
⑦この申請書を提出する理由 ※当てはまるものに○	1.新規		2.終了
	制度開始日	平・令 年 月 日	制度終了日 令和 年 月 日

【 自治体発行の「医療証(表・裏)」のコピーをここに貼付

もしくは

本紙にホチキスで添付 】

ソニー健保記入欄

常務理事	事務長	係	係
記入例			

自治体医療費助成制度該当届

新規
終了 申請書

チェック必須

令和 5年 4月 10日

◆申請者確認欄 (チェック必須)				<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。			
①被保険者証の 記号・番号		記号 番号 999 - 999999		②被保険者の氏名		健保 太郎	
③被保険者の住所		〒 111 - 1111 〇〇 県 △△ 市 ×× 町 1-2-3					
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に 使用します(複数可)		□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 :		090 - 9999 - 9999			
		□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 :		111 - 1111 - 1111			
		メールアドレス :		abdd1111@●●●.××			
⑤医療費助成対象者の氏名・ 生年月日・続柄		(a)氏名 健保 一郎		(b)生年月日 昭・平 令 24 年 7 月 日		(c)被保険者との続柄 長男	
⑥ ⑤の助成対象者が住民登録を する都道府県・市区町村名 ※③の住所と異なる場合のみ記入		〇〇 都 道 府 県		△△ 区 郡		×× 町	
⑦この申請書を提出する理由 ※当てはまるものに○		1.新規		2.終了			
		制度開始日 平・令 5年 4月 1日		制度終了日 令和 年 月 日			
【 医療証(表) 】		コピーをここに貼る		【 医療証(裏) 】		その医療費助成を受けられるようになった日を記入してください。 (医療証の交付日や有効期限の開始日とは異なりますので注意してください。)	
		もしくは本紙に貼る					

ソニー健保記入欄

自治体医療費助成制度該当届

新規
終了 申請

記入例

チェック必須

令和 5年 4月 10日

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。	
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 - 999999	番号 999999	②被保険者の氏名 健保 太郎
③被保険者の住所	〒 111 - 1111 〇〇 県 △△ 市 ×× 町 1-2-3		
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に 使用します(複数可)	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 :		090 - 9999 - 9999
	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 :		111 - 1111 - 1111
	メールアドレス : abdd11111@●●●.××		
⑤医療費助成対象者の氏名・ 生年月日・続柄	(a)氏名 健保 一郎	(b)生年月日 昭・平 令 24 年 7 月 日	長男
⑥ ⑤の助成対象者が住民登録を する都道府県・市区町村名 ※③の住所と異なる場合のみ記入	〇〇 都 道 △△ 区 市 郡 ×× 町 府 県		
⑦この申請書を提出する理由 ※当てはまるものに○	1.新規		2.終了
	制度開始日	平・令 年 月 日	制度終了日 令和 5年 3月 31日
<p>【 自治体から医療費助成が終了する旨の通知書・レターなどお持ちでしたら、そのコピーを添付してください。 】</p> <p>その医療費助成を受けられなくなった日を記入してください。</p>			

ソニー健保記入欄