

決裁日付印

# 自治体医療費助成該当者異動届

被保険者証の記号及び番号	
(記号)	(番号)

**正**

（記入上の注意）  
 ア・老人保健該当者の提出は不要です。  
 イ・記入の方法は2枚目厚紙の裏面に書いてありますのでよく読んでください。  
 ハ・印は記入しないでください。

被保険者	氏名				性別	男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	事業所	名称				
	住所												所在地				
	資格取得年月日	昭・平	年	月	日	標準報酬月額	千円		備考								
自治体医療費助成対象者	フリガナ				性別	男・女	生年月日		続柄	住所		助成金の受給方法					
	種別	氏名				性別	男・女	昭・平		年	月	日			<input type="checkbox"/> 自治体に個人請求する <input type="checkbox"/> 病院に自治体が支払う		
	認定	該当公費	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者 その他：		適用年月		平成		年	月	~	年	月	対象医療機関 <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 市内 その他：		認定又は削除年月日 平成 年 月 日	
	削除	フリガナ				性別	男・女	生年月日		続柄	住所		助成金の受給方法				
	種別	氏名				性別	男・女	昭・平		年	月	日			<input type="checkbox"/> 自治体に個人請求する <input type="checkbox"/> 病院に自治体が支払う		
	認定	該当公費	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者 その他：		適用年月		平成		年	月	~	年	月	対象医療機関 <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 市内 その他：		認定又は削除年月日 平成 年 月 日	
	削除	フリガナ				性別	男・女	生年月日		続柄	住所		助成金の受給方法				
	種別	氏名				性別	男・女	昭・平		年	月	日			<input type="checkbox"/> 自治体に個人請求する <input type="checkbox"/> 病院に自治体が支払う		
	認定	該当公費	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者 その他：		適用年月		平成		年	月	~	年	月	対象医療機関 <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 市内 その他：		認定又は削除年月日 平成 年 月 日	
	削除	フリガナ				性別	男・女	生年月日		続柄	住所		助成金の受給方法				

平成 年 月 日提出

受付年月日

事業主証明	上記のとおりであることを証明します					
	所在地					
	名称					
	事業主氏名					
		常務理事	部長	次長	担当	