

被保険者証の記号及び番号	
記号 50	番号 318

自治体医療費助成該当者異動届の{記入例}

自治体医療費助成対象者	フリガナ	スズキ タロウ	性別	生年月日	続柄	住所	助成金の受給方法	
	種別	氏名	鈴木 太郎	昭・平	14年 4月 5日	長男	世田谷区経堂3 - 1 - 10	()自治体に個人請求する ()病院に自治体が支払う
	認定	該当公費	()乳幼児医療 ()老人医療 ()ひとり親医療 ()身体障害者 その他:	適用年月		対象医療機関	認定又は削除年月日	
	削除	該当公費	()乳幼児医療 ()老人医療 ()ひとり親医療 ()身体障害者 その他:	平成14年4月 ~ 18年4月		()全国 ()県内 ()市内 その他:	平成14年4月5日	
	フリガナ	スズキ ハナコ	性別	生年月日	続柄	住所	助成金の受給方法	
	種別	氏名	鈴木 花子	昭・平	7年 3月25日	祖母	世田谷区経堂3 - 1 - 10	()自治体に個人請求する ()病院に自治体が支払う
認定	該当公費	()乳幼児医療 ()老人医療 ()ひとり親医療 ()身体障害者 その他:	適用年月		対象医療機関	認定又は削除年月日		
削除	該当公費	()乳幼児医療 ()老人医療 ()ひとり親医療 ()身体障害者 その他:	平成9年3月 ~ 14年3月		()全国 ()県内 ()市内 その他:	平成14年 3月25日		

(記入方法)

ア・本書は、自治体の医療費助成該当者として認定又は削除されたときに提出してください。

イ・自治体から助成を受けているが一部負担金を徴収されている場合は、その制度の内容を「備考」に記入してください。

ウ・「備考」には、特種な制度又はその制度の特記事項等を記入してください。

エ・「種別」は認定又は削除の判別を丸でかこんで表示してください。

オ・「氏名」は戸籍上の正しい氏名を記入してください。

カ・「性別」「生年月日」の元号は文字を丸でかこんでください。

キ・助成対象者の「住所」は必ず現住所を記入してください。

ク・「助成金の受給方法」は、該当者が一旦病院の窓口で支払い、後で自治体に請求する場合は「()自治体に個人請求をする」に、又病院への支払いは自治体

が直接行い、該当者の窓口負担が無しになる場合、又は一部を負担する場合は、「()病院に自治体が支払う」の()内に丸をしてください。

ケ・「該当公費」は該当する()内に丸をしてください。又その他の場合は、該当する公費名を記入して、「備考」にその制度の内容を明記してください。

コ・「対象医療機関」は公費制度が有効な医療機関の地域に丸をしてください。なお、都道府に在住の方は、都道府内であれば「県内」に表示してください。

(この届出書に添付する書類)

「認定」の場合は、医療費助成該当者の受給者証(写)か、それに変わる届出書の内容を立証する書類を添付してください。

