

三菱 UFJ 銀行健康保険組合 御中

医療費助成制度<該当・変更・終了>届

国や市区町村等の自治体より医療費の助成を受けることになった場合や、助成内容に変更があった場合、助成が終了した場合は、速やかに届け出てください。

* ご注意ください *

- ① 1世帯で該当者が複数人いる場合は、各該当者分の届け出が必要です。
- ② 18歳以下の被扶養者の「乳幼児／子ども(18歳以下)等医療費助成制度」については届出不要(付加給付停止中)ですが、18歳以下の被扶養者で医療費助成制度の対象外であり、且つ、医療機関等の窓口で保険医療費自己負担額が20,000円(同月内、同医療機関において、入院・外来別)を超えた場合には、健保組合へご連絡ください。
- ③ 自治体からの医療費助成と健保からの給付金が重複していたことが後日判明した場合、給付金の返還請求が生じますので、届出もれの無いようご注意ください。

提出日：令和 年 月 日

健康保険被保険者				被保険者 氏名	
記号		番号			
会社名				銀行の場合 (店番)部店名	()
連絡先 TEL		— —		携帯・会社・自宅	

受給対象者	氏名		続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月 日

届出内容 (該当の□に✓)	<input type="checkbox"/> 助成制度該当 (該当の番号に○) 1. 心身障がい者医療費への助成 2. ひとり親家庭等医療費への助成 3. 妊産婦医療費への助成 4. 自立支援医療への助成 5. 特定疾病医療費への助成 6. 肝炎治療の医療費への助成 7. その他()
	<input type="checkbox"/> 変更・再発行(所得制限見直し、期間延長等) <input type="checkbox"/> 助成終了(転居先では制度が異なり助成対象外になった、所得超過等) 終了日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他(変更内容)

裏面に、国や自治体発行の医療証等の写(両面)を貼付してください。

国や自治体発行の「医療証」や「通知書」等、助成の内容が判る物(医療機関窓口での一部負担金の有無や負担額及び助成期間等が明記されているもの)の写(両面とも)を貼付してください。

<送付先> 三菱 UFJ 銀行健康保険組合 業務第二部宛
 行内メール：東日本 7872-50
 外部郵便：〒105-0014 東京都港区芝 2-4-3

健保使用欄