

所属CD			
------	--	--	--

↑日本生命にお勤めの方は記入

### 医療費助成制度 受給資格取得・変更・終了届

記号・番号は[マイナポータル]アプリでご確認ください

記号	番号	所属名 (任意継続・特例退職の場合は記入不要)	
		部・室 支社 会社	課・G 営業部
被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	S・H 年 月 日
受給対象者	(フリガナ)	被保険者との続柄	生年月日 S・H・R 年 月 日
	(フリガナ)	被保険者との続柄	生年月日 S・H・R 年 月 日
	(フリガナ)	被保険者との続柄	生年月日 S・H・R 年 月 日
取得・変更・終了年月日	H・R 年 月 日		
届出の理由 (いずれかにチェックください)	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了		
<p><b>[ 資格取得・変更の場合は、受給証（写）をこちらに貼付ください ]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>取得の場合、有効期限の開始日が認定日と同日でない場合は、市役所に開始日を確認いただき、市役所名・課・電話番号・確認者名を記入ください。</li> <li>変更の場合は、変更後のものを貼付ください。資格終了の場合は終了通知(写)を貼付ください。</li> <li>転居により終了となるも転居先で医療費助成を新たに受給する場合は、転居先での新規取得届もあわせてご提出ください。</li> <li>終了通知がない場合は、市役所に終了日を確認いただき、市役所名・課・電話番号・確認者名を記入ください。</li> </ul>			

**【注意】**

- 医療費助成受給の連絡をいただいている期間、高額療養費・一部負担還元金については健康保険組合からの自動給付が停止となります。  
**医療費助成受給が終了となった際は速やかに当届出を提出ください。**
- 一部負担還元金は市区町村からの支払いが優先されます。医療費助成を受けていることを連絡しないまま、健康保険組合から一部負担還元金の給付が行われると二重に受け取る不正受給となるため、**健康保険組合からの一部負担還元金を後日返還していただくことになります。**  
(高額療養費については市区町村からの委任受領払いの場合のみ返還いただきます)

健保処理欄	

**【提出先について】**

直接、健康保険組合宛に送付ください。