用紙C−19号（令和0612）

JVCケンウッド健康保険組合　殿

※健保使用欄

常務理事	事務長		担当者

被保険者
被扶養者

公費負担医療費助成制度該当届（新規・変更・終了）

※（　）内は該当する項目に〇をつける

（6歳未満の義務教育未就学児については届出の必要はありません）

提出日　　年　　月　　日

↓太枠内を漏れのないよう記入し、市区町村等発行の『医療証』または『医療受給者証』(表・裏）のコピーを必ず添付し、ご提出ください。

被保険者情報欄	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名	
				所　属	
	住民票がある住所	〒　　ー		電話番号（職場の 番号もお書き下さい）	自宅or携帯 職場（外線） （内線）
	フリガナ			生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	氏名				
助成該当者情報欄	フリガナ			性別	男　・　女
	該当者氏名			続柄	
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日		年齢（お子さんの場合学年も必須）	満　　歳　小学校　　年生 中学校　　年生 高 校　　年生
	受給制度	医療助成制度名称（該当する医療助成に〇をつけてください） ※制度名称は市区町村等により異なります	1. 子ども医療助成（義務教育就学前のお子さんは届出不要） ※6歳以上の義務教育就学児から18歳までのお子さんで医療助成受給該当者のみ届出ください。 2. 小児慢性特定疾病医療助成　3. ひとり親家庭等医療助成 4. 障害者・重度心身障害者医療助成　5. 指定難病医療助成（特定疾患含む） 6. 戦傷病者や原爆被爆者認定疾病　7. 障害者自立支援医療助成 （7の該当の場合、いずれかに〇をしてください → 精神通院 ・更生医療・育成医療） 8. 大気汚染関連医療助成　9. B型・C型ウイルス肝炎治療医療助成 10. その他（　　）		
		受給者番号			
		医療証発行機関名（都道府県・市区町村等自治体名）			
		指定難病・特定疾患・小児慢性特定疾患・大気汚染該当者は記入	（傷病名）　　（受診医療機関名）		
	該当者の住民票がある住所				
	助成期間（有効期間）	（通院）令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日 まで（調剤 含む） （入院）令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日 まで			
	自己負担	医療機関自己負担	無　・　有		
		有の場合 該当する項目の負担割合に〇をつけ、1日の上限額、月額上限額もご記入ください	① 入院:　負担なし ・1割負担 ・2割負担 ・3割負担　1日　円：月額上限額　円 ② 通院:　負担なし ・1割負担 ・2割負担 ・3割負担　1日　円：月額上限額　円 ③ 調剤:　負担なし ・1割負担 ・2割負担 ・3割負担　1日　円：月額上限額　円		

※終了の方は以下もご記入下さい。

	終了年月日	令和　　年　　月　　日
	終了理由	①転居の為　②所得制限のため　③助成期間満了の為　④その他（　　）

〈注意事項〉

1. この届出は該当者1名につき、1枚の用紙をご提出下さい。被保険者本人が該当する場合も「助成該当者情報欄」にご記入ください。
   また、複数の医療費助成を受給されている方は、1つの医療助成制度につき1枚の用紙をご提出ください。
2. 助成内容に変更及び更新があった場合は「公費負担医療費助成制度該当届（変更）」としてご提出ください。
3. 医療助成期間の途中で、助成が終了した場合は「公費負担医療費助成制度該当届(終了）」としてご提出ください。
4. 助成期間が満了となり、窓口で自己負担が発生しても、健保へ届出がない限り、給付金は停止のままとなりますので、医療助成を終了された方は、健康保険組合へ必ず「公費負担医療費助成制度該当届（終了）」の届出をお願いいたします。

【受付日付印】

〈健保記入欄〉

受付NO.		健保入力日	／
備考欄			