

<記入例>

(特退・任継用)

自治体医療費助成制度 受給資格取得届

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当

自治体の医療費助成制度の受給者資格を取得した場合、当届出の提出をお願い致します。
(給付金の計算を正しく行うための届出となります)

被保険者 (記号-番号)	被保険者名	連絡先(電話等)
9001 - 1234567	富士 通夫	

受給対象者の氏名	生年月日	続柄
富士 通子	昭和・平成・令和 27 年 12 月 31 日	妻
自治体名	取得年月日	
〇〇市	平成・令和 28 年 12 月 31 日	

《添付書類貼り付け欄》

【添付書類】

自治体発行の医療費助成受給者証のコピー 等

【届出の必要が無い方】

次に該当する方は届出は不要です。

①国が実施する医療費助成を受けている方 (※)

結核・肝炎(インターフェロン等)・自立支援(更生医療, 育成医療, 精神通院医療)・生活保護
母子保健法(養育医療)・特定疾患・小児慢性特定疾患 等

※受給者証(医療証)の公費負担者番号欄に下記の2桁から始まる番号が記載されている場合を指します。

10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・28・29
30・38・51・52・53・54・62・66・79

②北海道, 秋田, 茨城, 千葉, 東京, 神奈川, 長野, 新潟, 富山, 福井, 滋賀, 大阪, 奈良, 和歌山, 兵庫, 鳥取,
岡山, 広島, 香川, 徳島, 宮崎にお住まいの方
(その他の都道府県にお住まいの方は届出が必要です。)

【書類送付先】

〒211-0063

神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3

富士通健康保険組合 医療費助成担当者宛

(特退・任継用)

自治体医療費助成制度 受給資格取得届

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当

自治体の医療費助成制度の受給者資格を取得した場合、当届出の提出をお願い致します。
(給付金の計算を正しく行うための届出となります)

被保険者 (記号-番号)	被保険者名	連絡先(電話等)
—		

受給対象者の氏名	生年月日	続柄
	昭和・平成・令和 年 月 日	子
自治体名	取得年月日	
	平成・令和 年 月 日	

《添付書類貼り付け欄》

【添付書類】

自治体発行の医療費助成受給者証のコピー 等

【届出の必要が無い方】

次に該当する方は届出は不要です。

①国が実施する医療費助成を受けている方 (※)

結核・肝炎(インターフェロン等)・自立支援(更生医療, 育成医療, 精神通院医療)・生活保護
母子保健法(養育医療)・特定疾患・小児慢性特定疾患 等

※受給者証(医療証)の公費負担者番号欄に下記の2桁から始まる番号 が記載されている場合を指します。

10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・28・29

30・38・51・52・53・54・62・66・79

②北海道, 秋田, 茨城, 千葉, 東京, 神奈川, 長野, 新潟, 富山, 福井, 滋賀, 大阪, 奈良, 和歌山, 兵庫, 鳥取,
岡山, 広島, 香川, 徳島, 宮崎にお住まいの方
(その他の都道府県にお住まいの方は届出が必要です。)

【書類送付先】

〒211-0063

神奈川県川崎市中原区小杉町 3-264-3

富士通健康保険組合 医療費助成担当者宛