

シャープ健康保険組合

健康保険 医療費助成該当届

ご記入は、消えないボールペンまたはペンをご使用ください。この申請書は、原則 事業主（総務部）経由でご提出ください。退職者（任意継続・特例退職）の方は、直接健保組合へ郵送してください。

※個人情報、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

年 月 日作成

被 保 険 者	健康保険証の記号・番号		被保険者 氏名				勤務地・所属名				
	記号	番号	生年月日[昭・平] 年 月 日				【勤務地：】				
							所属				
	個人番号							内線 - -			
	上記の記号・番号を記入すれば、記入不要										
現住所		〒 - - TEL :									

認 定 対 象 者 欄	本人 または 家族氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []	性別	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	対象制度	該当する助成制度に○をつけてください a. 乳幼児・子ども医療 b. 障害者医療 c. ひとり親医療 d. 老人医療 e. 妊産婦医療 d. その他 ()				
	該当開始日	年 月 日	該当終了日	年 月 日		
届出の動機	1. 医療費助成の該当者となった 2. 医療費助成の該当者でなくなった 3. 転居により、助成内容が変更となった 4. シャープ健康保険組合に加入した 5. 以前より医療費助成を受けていたが未届けであった					

- 添付書類 交付を受けた「医療証（両面）」のコピーを添付してください。
- 注意事項
 - ・市区町村から医療費助成と健保組合からの給付金を重複して受給していたことが後日判明した場合、健保給付金の返還が生じる場合がありますので、届出もれの無いようご注意ください。
 - ・所得制限により該当しなくなった場合は、1年単位で届出が必要です。
 - ・家族はシャープ健康保険組合に加入している方のみ届出ください。医療費助成を受けられる方が複数いる場合は、1人につき1枚の該当届を提出してください。

【提出先・問い合わせ先】
 シャープ健康保険組合 保険証・給付金担当（八尾事業所 事務棟3F）
 〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3-1-72 TEL. 8-578-001386（内線）、050-5530-3926（直通）
 E-Mail : kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp

健保記入欄			
常務理事	事務長	課長	担当

入力日	
チェック	

健保受付印 事業主受付印