

健康保険 医療費助成該当届

健康保険証に記載の記号

現従業員：2000
任意継続：100
特例退職：1000

健康保険証に記載の番号

分からないときは、氏名コード
を記入してください

退職者の方は、記入不要です

個人情報保護法（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。

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 | 健 保 太 郎 | | 【勤務地： 堺 】 | |
| | 2000 | XXXXXXXX | 生年月日 [昭・平] XX 年 XX 月 XX 日 | | 所属 ○○事業部○○部 内線 X - XXX - XXXX | |
| | 個人番号 上記の記号・番号を記入すれば、記入不要 | | | | | |
| 現住所 | | 〒 XXX - XXXX TEL : XX-XXXX-XXXX ○○県○○市○○町1丁目2-3 | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|----|--|-------|-----------------------------|
| 認 定 対 象 者 欄 | 本人 または 家族氏名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 [花子] | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | [昭・平・令] XX 年 XX 月 XX 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 f. その他 () | | | | |
| | 該当開始日 (いつから) | 「医療証」の該当日以前から該当していた場合は、 初めて該当した日を記入ください 平成XX 年 XX 月 XX 日 | | 該当終了日 (いつまで) | 年 月 日 | |
| 届出の理由 | 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 <input checked="" type="radio"/> 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